

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik und Poliklinik  
der Freien Universität Berlin

Direktor: Professor Dr. med. Helmut S e l b a c h

Anorexia nervosa

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde  
an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

A. Karen Steinborn geb. Kluge  
aus Halberstadt

1969



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik und Poliklinik  
der Freien Universität Berlin

Direktor: Professor Dr. med. Helmut S e l b a c h

Anorexia nervosa

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

A. Karen Steinborn geb. Kluge

aus Halberstadt

Dekan: Professor Dr. med. Hans Heinz N a u m a n n

Referent: Priv. Doz. Dr. med. Horst-Ulfert Z i o l k o

Korreferent: Professor Dr. med. Max S c h w a b

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Freien Universität Berlin.

Promoviert am: 19.9.1969

ANOREXIA NERVOSA

---



# INHALTSVERZEICHNIS

---

|         |   |
|---------|---|
| VORWORT | 4 |
|---------|---|

## I DIE KRANKHEIT DER ANOREXIA NERVOSA

|    |                        |    |
|----|------------------------|----|
| 1. | Historischer Überblick | 6  |
| 2. | Definition, Vorkommen  | 11 |
| 3. | Symptomatik            | 13 |
| 4. | Psychodynamik          | 21 |

## II EIGENE UNTERSUCHUNGEN

### 1 A - K a s u i s t i k

|    |                                |    |
|----|--------------------------------|----|
| 1. | Allgemeine Übersicht           | 28 |
| 2. | Symptomatologie                | 31 |
| a) | körperlich                     | 31 |
| b) | weitere klinische Befunde      | 36 |
| c) | Verhalten zur Nahrung          | 38 |
| d) | psychisch                      | 45 |
| 3. | Anamnese                       | 50 |
| a) | Familienkonstellation          | 50 |
| b) | über die Eltern                | 52 |
| c) | Geschwister                    | 56 |
| d) | prämorbidie Entwicklung        | 58 |
| e) | Krankheitsanlässe              | 59 |
| f) | frühere klinische Behandlungen | 61 |
| g) | Krankheitsverlauf              | 64 |
| 4. | Therapie und Therapieerfolg    | 66 |

### - B - K r a n k e n g e s c h i c h t e n 71

## III ZUSAMMENFASSUNG 129

## IV L I T E R A T U R 133

## V D A N K 139



## V O R W O R T

---

Die vorliegende Arbeit über die Krankheit der *Anorexia nervosa* ist in zwei Hauptteile gegliedert. Der erste Teil gibt einen allgemeinen Überblick, unter Berücksichtigung der Literatur, von der Symptomatologie sowie der Ätiologie der *Anorexia nervosa*.

Im zweiten Teil wird an Hand der Krankenblätter von 50 in der PSYCHIATRISCHEN UND NEUROLOGISCHEN KLINIK DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN untersuchten Kranken mit *Anorexia nervosa* eingegangen auf die folgenden spezifischen Untersuchungen hinsichtlich :

- a) der körperlichen und psychischen Symptomatik;
- b) das Verhalten zur Nahrung;
- c) die Anamnese der Kranken, als auch die auslösenden Bedingungen der Krankheit;
- d) des Verlaufes;
- e) der Therapie und deren Ergebnisse.



DIE KRANKHEIT DER ANOREXIA NERVOSA

---



I

DIE KRANKHEIT DER ANOREXIA NERVOSA

---

- 1 -

HISTORISCHER ÜBERBLICK

Die Bezeichnung "Anorexia" findet sich erstmals bei **G a l e n** (im 2. Jahrhundert n.Chr.), jedoch wurde sie hier - wie auch in den folgenden Jahrhunderten - als Begleitsymptom anderer marantischer Krankheiten angesehen<sup>76</sup>.

Um 660 n.Chr. kann aus einem Bericht entnommen werden, dass ein junges Mädchen standhaft die Nahrung verweigerte. Als Begründung wird angegeben, dass sie keinen Hunger fühlte, denn ihr Leib brauchte keine Nahrung. Nachdem man ihr gewaltsam mit Hilfe eines Trichters Milch infundierte, soll sie diese mit vorgestrecktem Kopf und mit Blut vermischt wieder von sich gegeben haben<sup>70</sup>.

Der Überlieferung des 14., 15. und 16. Jahrhunderts folgend, lassen bei den als "Fastenwunder" bezeichneten "Hungertorturen" junger Mädchen vermuten, dass es sich in einigen Fällen um Symptome einer Anorexia nervosa gehandelt hat.

Aber schon im 17. Jahrhundert, nämlich 1689, entspricht das von **M o r t o n** beschriebene Krankheitsbild dem der Anorexia nervosa:

"Die Tochter des Mr. Duke in der St. Maria Gasse wurde im Monat Juli des Jahres 1684 in ihrem 18. Lebensjahr nach vielen Sorgen und seelischen Leiden von einer vollkommenen Unterdrückung der Menses befallen. Appetit und Verdauung liessen von dieser Zeit an nach, das Fleisch begann schlaff und das Aussehen bleich zu werden, begleitet von anderen Symptomen, die bei einer allgemeinen Auszehrung des Körpers üblich sind.

Die Patientin gab sich nächtlichem Studieren und eifriger Lektüre von Büchern hin und setzte sich den damals äusserst kalten Unbilden der Luft Tag und Nacht aus, so dass eine sichtbare Schädigung des Nervensystems nicht ausblieb. Sie nahm zwar im folgenden Jahr auf Grund einer Verschreibung eines Quacksalbers ein Emetikum und darauf eine eisenhaltige Medizin, aber ohne Erfolg und wies von da an Medikamente aller Art zurück; sie vernachlässigte sich in ihrer Pflege für 2 Jahre völlig und geriet schliesslich, von zahlreichen Ohnmachten befallen, in hochgradigen Marasmus. Morton, dessen Hilfe sie dann erbat, erinnerte sich nicht, jemals einen so marantischen Patienten, einem von Haut überzogenen Skelett gleichend, noch lebend in seiner Praxis beobachtet zu haben. Dennoch war kein Fieber festzustellen, sondern im Gegenteil eine Kälte des ganzen Körpers; weder Husten noch Atemnot, noch irgendeine andere krankhafte Affektion der Lunge oder anderer innerer Organe war vorhanden, ebensowenig Durchfall oder ein anderes Kennzeichen innerer Verflüssigung oder unnatürlicher Auszehrung oder unnatürlicher Stuhlentleerung.

Der Appetit war in einziger Weise herabgesetzt; die Verdauung beschwerlich, die Ohnmachtzustände wiederholten sich häufig. Nach Verabfolgung einiger Mittel schien sie sich viel besser zu fühlen, zeigte aber alsbald eine <sup>27</sup>Aversion Medikamenten gegenüber und verlangte, die ganze Sache wiederum der Natur zu überlassen, worauf sie von Tag

zu Tag weiter dahinschwindend, nach 3 Monaten von einer Ohnmacht überfallen, ihrem Schicksal erlag" nach 89a.

In der Folge wurde die Anorexia nervosa häufiger erörtert. Es erscheint fraglich, ob die Descriptionen des englischen Neurologen W h y t t (1765) und des französischen Arztes N a d e a u (1789) vom Krankheitsbild dem Symptomenbild der Anorexia nervosa ganz entsprechen; da die 35-jährige Kranke Nadeau's an epigastrischen Schmerzen litt und nur vorübergehend die Nahrung verweigerte.

Das Wesentliche der ausführlichen Schilderungen G u l l ' s (1868, 1873, 1874, 1888) und L a s é g u e ' s (1873) lag nicht nur in ihren pathogenetischen Überlegungen, sondern ebenfalls in der von ihnen geleisteten Antwort zur Frage der Differenzierung bzw. der Krankheitseinheit. Beide stimmten darin überein, dass sie die Ursache der Krankheit seelisch-geistigen Faktoren zuschrieben. Gull sprach von einer "Perversion des Ich", Laségue von einer "Abnormität des Intellekts". Die Bezeichnung "Anorexia nervosa" übrigens stammt von Gull.

Durch J a n e t ' s "Nadia" (1903) wurde die Kenntnis des Syndroms zwar vertieft, das Problem der Klassifizierung komplizierter.

Die Bemühung von Gilles de la T o u r e t t e (1895), D é j e r i n e und G a u c k l e r (1911) um eine Abgrenzung der "Anorexia mentale" von der Nahrungsverweigerung bei Psychosen stellte alsbald R. D u b o i s wieder in Frage: Bei ihm war die Anorexia mentalis einer Patientin das Anfangsstadium einer Dementia praecox.

S o l t m a n n ' s "Bedauern" (1894) über das "Nicht-Eingehen" auf die Arbeiten von Gull und Laségue, unterstützt von der Annahme, dass sie in Deutschland früh in Vergessenheit geraten oder gänzlich unbeachtet blieben, wurde überschattet durch die Arbeit S i m m o n d ' s über "Hypophysisschwund mit

tödlichem Ausgang" (1914). Die Prävalenz des Interesses galt ganz dem Simmondsschen Syndrom. Nur so erklären sich diagnostizierte Fälle extrem marantischer Kranker, bei denen es sich häufig um Anorexia nervosa Kranke gehandelt haben mag. Man neigte dazu, bei "Kachexie" zu viel an "Hypophyse" und an das Endokrinium zu denken und zu wenig an eine "Perversion des Ich". Jetzt wurden Kachexie und Hypophyse in Zusammenhang gebracht und so die Anorexia nervosa mit der Simmondsschen Kachexie identifiziert. Die Forderung nach einer Abgrenzung der Simmonds'schen Krankheit gegen die psychisch bedingte Magersucht durch L i c h t w i t z (1922), R e y e (1926), C u r s c h m a n n (1930) und S h e e h a n (1937) bestand zu Recht. Dennoch: erfolgreiche Hypophysenimplantationen galten als Beweis der Hypophyseogenese (v. B e r g m a n n, F a l t a, G r a f e, S c h e l l o n g). Diejenigen Fälle von Magersucht, bei denen sich eine pathologische Veränderung des Hypophysenvorderlappens nicht erwiesen hatte, wurden dann als funktionelle Hypophyseninsuffizienz erklärt (K y l i n, 1937), wobei die ursächliche Störung in den Hypothalamus verlegt wurde. M a r x unterschied die Pubertätsmagersucht als benigne Form von der malignen Form der Hypophyseninsuffizienz<sup>59</sup>.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen der Hypophysen Anorexia nervosa Kranker haben immer normale Befunde ergeben<sup>80</sup>. Dennoch wurde bis in die jüngste Zeit hinein die Annahme einer hypophysären Genese für sicher gehalten<sup>6,12,24,93</sup>.

Es seien noch andere ätiologische Ansichten hervorgehoben, die eine primär endokrine Störung der Schilddrüse, Nebennieren, Gonaden annahmen<sup>45</sup>. Ihre Funktionstüchtigkeit aber wurde ebenfalls bewiesen<sup>68</sup>.

1895 bemerkte S. F r e u d in einem Brief über das Krankheitsbild der Anorexia nervosa: "Die der Melancholie parallele Essneurose ist die Anorexie. Die berühmte Anorexia nervosa der jungen Mädchen scheint mir (nach guter Beobachtung)

eine Melancholie bei unterentwickelter Sexualität zu sein". Um bei einer anderen Gelegenheit zu bemerken: dass die innere Voraussetzung einer psychoanalytischen Behandlung zwar gegeben sei, dass aber die äusseren Bedingungen fehlten, nämlich die Zusammenarbeit mit einer Klinik und Internisten; er lehnte es seiner Zeit ab, eine Patientin ohne Rückhalt einer Klinik zu behandeln, weil "diese dem Tode nahen Patienten die Fähigkeit haben, den Analytiker so zu beherrschen, dass es ihm unmöglich gemacht wird, die Phase des Widerstandes zu überwinden".

Folgende Symptome sind für das Krankheitsbild der Anorexia nervosa charakteristisch:

1. Psychisch bedingte Nahrungseinschränkung bzw. -verweigerung und die dadurch hervorgerufene Abmagerung (Kachexie).
2. Amenorrhoe, Obstipation, Erbrechen.
3. Auffälligkeiten im psychischen Verhalten.

Das Auftreten der Anorexia nervosa trifft in den häufigsten Fällen für die Phasen der Pubertät und Postpubertät zu 9, 89, 91.

Bei Säuglingen und Kleinkindern werden Anorexien beschrieben, die in ihrer Ätiologie und Pathogenese weitgehend mit der Pubertätsmagersucht übereinstimmen 10, 26, 46, 87.

Der Beginn einer Erkrankung nach dem 3. Dezennium ist selten. Als durchschnittliches Erkrankungsalter geben B l i s s und B r a n c h 21 1/2 Jahre an, anhand von 245 aus der Literatur gesammelten Fällen<sup>9</sup>.

Die Geschlechtsverteilung zeigt, dass die Krankheit vorwiegend bei weiblichen Personen vorkommt, selten bei männlichen. Das Geschlechtsverhältnis wird in der Literatur angegeben mit: 29:1 (89), 81:4 (32), 11,5:1 (39), 34:4 (44), 89:11 (9).

Häufigkeit der Krankheit: Es lässt sich schwer feststellen, ob die Häufigkeit der Anorexia nervosa zugenommen hat. Man hat dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die beschriebenen Fälle von Simmonds'scher Krankheit in der Literatur häufig als Anorexia nervosa Kranke zu bestimmen wären (Sheldon)<sup>79</sup>.

W.v. Baeyer: "Aus grossen Raritäten, wie sie in den sechziger und siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts zum ersten

Male deutlich beschrieben wurden, sind Fälle geworden, die jeder Arzt kennt und die eine geradezu erstaunliche Häufung gefunden haben" <sup>46</sup>.

Thomä: "Sicher ist, dass die Anorexia nervosa heute häufiger diagnostiziert wird, als in den letzten Jahrzehnten. Ob sie zugenommen hat, lässt sich schwer belegen" <sup>32</sup>.

Klassifizierung: Die Anorexia nervosa gilt als eine in ihrem Wesen einheitliche Krankheit <sup>14, 17, 89</sup>. Ihre nosologische Einordnung ist noch offen. Als gesichert erscheint, dass die Krankheit nicht Folge einer primären Hypophysen- oder endokrinen Insuffizienz ist <sup>68, 80, 86</sup>.

Die Einbeziehung in die endogenen Psychosen ist Zweifel unterworfen <sup>2, 4, 89</sup>.

Da die Störung tief in die Struktur der Leiblichkeit eingreift und in schweren Fällen bis zur Vernichtung des Lebens gehen kann, scheint die Bezeichnung "Neurose" der Krankheit nicht gerecht zu werden <sup>4</sup>.

a) K ö r p e r l i c h :

Die psychisch bedingte Nahrungsverweigerung führt zum Auftreten somatischer Begleiterscheinungen, die als Folge der Unterernährung zu interpretieren sind und die den Auswirkungen des Hungerzustandes bei exogener Unterernährung entsprechen<sup>2, 86</sup>. Die objektive Gesamterscheinung der Kranken zeigt Fettpolsterschwund, schlaffe und spärliche Muskulatur. Die Physiognomie wirkt eingefahren und starr, die Mimik leer. Ihr Siechtum lässt sie um Jahre älter sein.

Die Haut ist trocken, welk, ja schilfig zu nennen. Die Nägel an Händen und Füßen, ebenso wie die Haare, sind oft spröde und brüchig. Ihre Gliedmassen dünn, kühl, fleckig cyanotisch. Der Bauch ist eingefallen. Kurz, im Extremfall können die Kranken "einem von Haut überzogenen Skelett" gleichen, wie es in der Beschreibung Mortons zu sehen ist. Als normal zeigt sich die Scham- und Achselbehaarung. Eine Lanugobehaarung an Kinn und Oberlippe, an Armen und am Rücken, tritt bisweilen auf<sup>1</sup>.

Der Puls wird langsam, der Blutdruck niedrig, die Körpertemperatur kann um  $1/2 - 1$  Grad C sinken. Zuweilen besteht eine Anämie. Vitaminmangelerkrankungen werden seltener beobachtet. Symptome von Beri-Beri<sup>69</sup>, Pellagra<sup>56</sup> wurden beschrieben, ausserdem das Auftreten einer Purpura<sup>1</sup> und hämorrhagischen Diathese<sup>91</sup>.

Von seiten des Magen-Darm-Traktes bestehen oft subjektive Beschwerden, die von einem Völlegefühl bis zu kolikartigen Schmerzen reichen. Die Magensaftwerte sind an-hyper oder auch normacid<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> H e n i und D e c o u r t führen die Lanugobehaarung auf eine Erhöhung des Quotienten androgener Substanzen zu östrogenen Substanzen zurück. Nach R y l e und N i c o l l e soll sie eine Anpassung an die verminderte Wärmeproduktion darstellen (Reanimalisation).

Fast immer besteht Obstipation; Diarrhoen sind weniger zu verzeichnen.

OBSTIPATION, ERBRECHEN sowie AMENORRHOE werden neben der Anorexie als Kardinalsymptome beschrieben<sup>89</sup> und als sogenannte primäre körperliche Krankheitszeichen von den sekundären Folgeerscheinungen der Unterernährung unterschieden<sup>17</sup>.

Ob die Amenorrhoe, wenn ihr Auftreten vor Beginn der Nahrungsabstinenz und Gewichtsabnahme beobachtet wird - als Frühsymptom - zu bezeichnen ist<sup>22, 43, 79, 88</sup>, sei dahingestellt, weil sie häufiger gleichzeitig mit der Nahrungsverweigerung auftritt. Seltener kommt es nach der Gewichtsabnahme zur Amenorrhoe<sup>22</sup>.

Über das Erhaltenbleiben der Menstruation bei einer 30-jährigen, jahrelang Anorexia nervosa Kranken, berichten B l i s s und B r a n c h (Körpergewicht 20,5 kg).

R e i f e n s t e i n ist der Ansicht, dass die Amenorrhoe psychogen-hypothalamisch bedingt ist<sup>1</sup>.

Der Zeitpunkt der MENARCHE entspricht im allgemeinen der Norm. Bis zum Beginn des Syndroms zeigt sich der Zyklus regelmässig<sup>35, 44, 86</sup>. T h o m ä erwähnt, dass 12 von 13 Patienten, bei denen die Anorexie nach dem 21. Lebensjahr aufgetreten war, eine späte Menarche hatten<sup>32</sup>.

Die STOFFWECHSELBEFUNDE gelten in Anbetracht der Unterernährung als unspezifisch. Die Grundumsatzwerte sind fast konstant erniedrigt, wobei die Erniedrigung nur scheinbar - durch die Verminderung stoffwechselaktiver Masse - bedingt ist. Die Schilddrüse zeigt keine funktionellen Ausfallerscheinungen<sup>68</sup>.

Die Blutzuckerwerte sind gewöhnlich erniedrigt. Es kann die Zuckerbelastungskurve erhöht, erniedrigt oder normal ausfallen.

---

<sup>1</sup> Durch psychische Einflüsse sollen hypothalamische Reize - welche die Bildung von Luteinisierungshormon im Hypophysenvorderlappen steuern - ausfallen. Durch Mangel an L H wird eine Ovulation verhindert. Mit fortschreitender Abmagerung werden hungeratrophische Veränderungen an den Ovarien gefunden, wobei die Primärfollikel erhalten bleiben und damit die Möglichkeit einer Reversibilität besteht<sup>72</sup>.

Die Bluteiweisskörper werden bei Kachektischen erniedrigt gefunden, die Albuminfraktion ist dabei vermindert. Analog den Hungerödemen werden bei Anorexia nervosa Kranken Ödeme seltener beobachtet. Vermutlich nehmen die Kranken trotz des Minimums an Nahrung noch genügend Eiweiss zu sich<sup>50</sup>. Da im Zuge der Gewichtszunahme jedoch Ödeme vorkommen, scheint die verminderte Flüssigkeitsaufnahme der Kranken, das Ausbleiben der Ödeme zu begünstigen<sup>55</sup>.

Der Kalium-Natrium-Chloridgehalt im Serum ist normal. Erbrechen und Diarrhoen können zu Störungen im Mineralhaushalt führen<sup>50, 55</sup>. Bei langdauernder Unterernährung kommt es nach einer Hungeracidose (Anpassung) zur Alkalose und Hypokaliämie (Dekompensation)<sup>74</sup>.

Die Ausscheidung der 17-Ketosteroide kann normal, leicht erniedrigt oder mitunter auch leicht gesteigert sein, als Ausdruck einer kompensatorischen Nebennierenaktivität<sup>9, 22, 43, 50</sup>. Ebenso ist die Kortikoidausscheidung normal oder leicht erniedrigt<sup>68</sup>.

ENCEPHALOGRAPHISCHE BEFUNDE werden in 4 Fällen beschrieben. Bei extremer Abmagerung - einem Körpergewicht von weniger als 30 kg - lassen diese Encephalogramme sowohl eine Erweiterung der Hirnkammern als auch der Subarachnoidealräume erkennen. Möglicherweise werden diese Befunde analog der Dystrophie durch ein Hungerödem infolge vermehrter Gefässpermeabilität bei veränderter Eiweisszusammensetzung des Blutes erklärt<sup>38</sup>.

Das E E G wird zuweilen als "abnorm" bezeichnet<sup>12, 58</sup>. In einigen Fällen zeigt sich eine leichte Allgemeinveränderung.

#### b) V e r h a l t e n :

Die Anorexia nervosa kann die verschiedensten Kombinationen phobischer, zwanghafter, depressiver und hypochondrischer

Symptome zulassen<sup>89</sup>. Depressionen können somatischen Symptomen vorausgehen<sup>85</sup>.

Freundschaften, sowie "pubertäre Gespräche" werden aufgegeben<sup>26, 93</sup>.

Unter den Kranken gibt es Stille, Bescheidene, ebenso Sonderlinge, Ungesellige und eigenwillig Anspruchsvolle<sup>4</sup>.

Während der Krankheit empfinden sie oft eine depressive Hoffnungslosigkeit. Maskerade und Simulation sollen helfen, diese Empfindungen zu mindern<sup>14</sup>.

Wenn es darum geht, Ablehnungen durchzuhalten oder Erleichterungen abzuweisen<sup>58</sup>, entwickeln sie bisweilen einen starren Willen, der neben Trotz und Eigensinn dominiert; das wiederum hindert nicht, einen beruflichen Leistungsehrgeiz, sowie geistige Regsamkeit und eine bemerkenswerte sthenische H y p e r a k t i v i t ä t festzustellen<sup>17</sup>.

Neben depressiven Zügen können zwangsneurotische und paranoide Symptome auftreten, letztere auch im Sinne einer Vergiftungsangst<sup>89, 93</sup>.

Gelegentlich kommt es zu S u i c i d v e r s u c h e n<sup>61</sup>. Selbstmord begingen die magersüchtige Lore Berger und Binswangers Ellen West, die sich vergiftete.

Ferner wird bei den Kranken das gestörte Verhalten zum B e s i t z hervorgehoben. Neid, Eifersucht und Geiz werden als unbewusste, aggressive Besitzstrebungen deutlich<sup>17, 64</sup>. Ein Mangel an Körpergefühlen wird oft betont<sup>14</sup>.

Eine Verachtung des eigenen Körpers kommt zum Ausdruck. Die Kranken hassen ihren Körper, bisweilen wird er sogar malträtiert<sup>93</sup>. Einige vernachlässigen ihre Körperpflege und treiben Excesse hierin; andere verwenden den Excess im umgekehrten Sinne: sie putzen sich heraus, als ob es zu einer Feierging<sup>2</sup>.

Eine Patientin Thomä's sagt: "Wenn ich mich im Spiegel betrachte, müsste ich mich wohl hässlich finden, aber meine Phantasie sagt mir, dass ich schön bin".

Die A b l e h n u n g d e r S e x u a l i t ä t lässt sich bei fast allen Anorexia nervosa Kranken finden. In der Literatur fallen Begriffe wie Ekel, Frigidität<sup>66</sup>. Zutt z.B. beschreibt Verliebtheiten in ältere Männer<sup>43</sup>.

T r ä u m e der Kranken sind oft durch Motive der Angst, des Überfallenswerdens, der Selbstzerstörung und der Askese bestimmt<sup>4</sup>.

Die PSYCHOLOGISCHEN TESTS ergeben folgende Befunde:  
Im Rorschach-Test wird ein sadomasochistischer Charakter mit narzistischen Zügen betont. Ferner Zeichen für Unreife, Angst, infantile Fixierungen<sup>40, 49</sup>. Palmer et al. fanden nur ein gemeinsames psychologisches Merkmal - eine intellektualisierende Distanz zur Umwelt<sup>69</sup>. Hinweise auf eine depressive Persönlichkeit mit neurotischen Zügen, Verbergungstendenzen, Symbol-Antworten ergeben sich<sup>16</sup>.

Das Erstaunliche an INTELLIGENZ-Untersuchungen sind deren hohe Quotienten. Man fand bei den typischen Pubertätssüchtigen einen sehr viel höheren I Q als bei den Kranken mit späterem Erkrankungsbeginn. Es ergab sich ein durchschnittlicher I Q von 127. Dies lässt annehmen, dass die Mädchen mit hohem I Q schon früh auf die biologische Reifung reagieren und Abwehrmechanismen mobilisieren, die von weniger Intelligenten, erst später gebildet werden; soweit Thomä.

Die Antworten im HAWIE lassen eine kennzeichnende, auf bestimmte Erlebnisbereiche begrenzte Verschränkung von Wahrnehmung, Affekteinstellung und Denken in Bezug auf soziale Beziehungen und psychosexuelle Probleme erkennen<sup>40</sup>.

c) V e r h a l t e n z u r N a h r u n g :

Grundlegend ist, dass bei den Anorexia nervosa Kranken - zumindest zu Beginn - keine Appetitstörung sui generis vorliegt, sondern, dass die Nahrung vielmehr als sehr bedeutsam erlebt wird, dass der Hunger hartnäckig bekämpft wird, und die Kranken standhaft und entschlossen sind, abzumagern<sup>78, 89</sup>.

Das der Nahrungsaufnahme eigentümliche Verhalten der Kranken, ihre ritualisierenden Essgewohnheiten - denen mitunter ein zwanghafter Charakter anhaftet - erweisen sich als typisch. H. Müller z.B. spricht von einer Versuchung:

"Bei meinen 15 Magersüchtigen konnte ich ausnahmslos meine Vermutung bestätigt finden, dass das Essen für sie eine V e r s u c h u n g darstellt. Eine Versuchung setzt ein Verbot voraus; das Verbot haben sich die Kranken selbst gegeben"<sup>64</sup>.

Das Absondern von gemeinsamen Mahlzeiten wird von Z u t t hervorgehoben.

Eine gewisse Spontanität, die dem Wunsch - zu essen - bleibt, findet Ablösung in einer Zwangshandlung, "nur so viel oder dies oder jenes darf ich essen, damit es mir nicht schadet", wie eine Patientin Sommer's sagt.

Schon das blosses Anhalten zum Essen pflegt auf stärkeren Widerstand zu stossen<sup>89</sup>.

Ihr Nicht-Essen-Wollen erklären sie durch Appetitlosigkeit, Ekel, Furcht vor dem Dicksein, sogar als Angst während der Nahrungsaufnahme.

Obwohl die Kranken leugnen, Hunger zu haben, kann allgemein von einer a l i m e n t ä r e n P r ä o c c u p a t i o n gesprochen werden. Das Lieblingsmärchen einer Patientin von S o m m e r war "Tischlein, deck dich".

Die bei den Kranken auffallende Sorge für Andere, nämlich

die Zubereitung von Speisen, liebevolles Garnieren, Interesse für Kochrezepte etc. wird häufig beobachtet.

Nicht selten kommt es zu oralen T r i e b d u r c h - b r ü c h e n . Sie stopfen sich heimlich mit Nahrung voll. Es wird in der Speisekammer gierig gegessen. Diese Heimlichkeit, das Getriebensein zum Naschen, empfinden die Kranken selbst als unverständlich<sup>2</sup>. "Ich <sup>muss</sup> einfach in die Speisekammer gehen und was essen, und, was merkwürdig ist, immer heimlich", erklärt eine Patientin von Zutt. In den meisten Fällen kommt es dann zu einem willkürlichen E r - b r e c h e n , durch welches das Gegessene rückgängig gemacht wird. Das Erbrechen "folgt dem Essen wie Strafe und Sühne dem Vergehen"<sup>2</sup>.

Es kann zu k l e p t o m a n e n H a n d l u n g e n kommen. Dabei werden Nahrungsmittel, Laxantien oder auch Geld gestohlen<sup>93</sup>.

Die Magersüchtige Lore Berger empfand das Nehmen bei ihren kleinen Diebstählen als etwas "Ursprüngliches wie Essen, Lieben, Töten".

Hyperaktivität und B e w e g u n g s d r a n g bei den Kranken fallen guter und häufiger Beobachtung zu. Es kann die auftretende Spannung - die des gebremsten Nahrungsdranges - im Bewegungsdrang selbst abgeführt werden. Er bewirkt mitunter sogar stärkeren Gewichtsverlust und dient somit der Entschlackung<sup>89</sup>.

Um der Version ihrer - der Kranken - Fixierungen den genügenden Spielraum zu gewähren - z.B. sich von der lästigen Fülle zu befreien - führen die Anstrengungen zu jeglichem A b u s u s ; wie der von Laxantien etc., ebenso des Rauchens, Alkohol nebst Trinken von Essig, Leeren von Senftöpfen usw. Dieser Missbrauch findet seine Fortsetzung, indem der Körper durch Turnübungen strapaziert oder auch der Kälte ausgesetzt wird, welches schon der Aufmerksamkeit M o r t o n s nicht entgangen war.

Selten handelt es sich bei den Kranken um eine sogenannte reine Anorexie. Die registrierten durchbruchhaften Ess-Impulse bei eigentlicher Anorexie können ebenso v o r - w i e g e n d eine H y p e r p h a g i e bilden. Dennoch aber kommt es zur Magersucht (z.B. Binswanger's Ellen West). Hyperphagie tritt auch phasenweise a l t e r . n i e r e n d mit der Anorexie auf. Schliesslich kommen Fälle von hyperphagischen Ess-Störungen vor, bei denen es - zumeist wegen Erbrechen - nicht zu einer Gewichtszunahme kommt<sup>2</sup>. Auf die Zusammenhänge zwischen Hyperphagie und Anorexie wies Ziolkow (1966) hin.

Die Kardinalsymptome, um die es sich bei der Anorexia nervosa handelt, sind:

- a) Nahrungsverweigerung und damit verbundener Gewichtsverlust,
- b) Amenorrhoe,
- c) Obstipation,
- d) Erbrechen.

ad a) Die als Symptom zählende Nahrungsverweigerung und die damit verbundene Gewichtsabnahme kann quasi als Integrationskomplex der Symptome bezeichnet werden. Die Vielzahl und Verschiedenheiten der Reaktionen beim Anorexia nervosa Kranken in Relation zu diesem Symptom ist anzuführen.

J a n e t und L e i b b r a n d stellten die Angst vor dem Erwachsenwerden, v. W e i z s ä c k e r die Ablehnung der Weiblichkeit als eine tiefe Weigerung an Hingabe, Empfängnis, Schwangerschaft heraus. J a n e t 's Nadia formulierte es so: "Je ne voulais grossir, ni grandir ni ressembler à une femme".

B o s s spricht von einer überbordenden Abwehr gegen die Aufforderung zur Übernahme auch der leiblich-sinnlichen Lebensbezüge eines erwachsenen Menschen, S m i r n o f f von einer primären Störung der dualen Einheit von Mutter und Kind.

Um auf die spezifische Problematik, die sich der Psychodynamik in den Begriffen Ambivalenz, Oralität und Regression stellt, einzugehen, seien vorweg noch einige allgemein gefasste Aussagen aneinandergereiht: So spricht z.B. F e u c h t i n g e r von einem "oralen Protest", der sich gegen die Eltern, im Besonderen gegen die Mutter, richtet,

P. S e l v i n i von einer "Depression of the Ego" und oraler Hilflosigkeit: "There is thus an acute reactivation of the feeling of oral helplessness", T h o m ä von einer "Ambivalenz oralen Charakters", da von ihr ausgehend, die Identifizierungsprobleme etc. am besten zu verstehen sind.

M e n g hebt die Regression zu Identifizierungen auf die Stufe des oralen Narzissmus besonders hervor.

B r u c h spricht von "perceptual and conceptual disturbance und disturbance of the b o d y i m a g e of delusional proportion".

Die mit der Nahrungsverweigerung verbundene Problematik richtet sich also im Wesentlichen auf die orale Ambivalenz. Die mit ihr einhergehenden Abwehrvorgänge ("das passive Ausgeliefertsein des Ich an die zähe und unerbittlich wirkende Gewalt des Hungers" H. K u n z ) - F e n i c h e l betont die phobischen Anteile oralen Charakters - führen nun auf direktem Wege zum Ich und man spricht von Ich-Veränderungen, dessen Ähnlichkeit mit dem Begriff der F r e u d ' s c h e n "Ich-Regression" auf die "Stufe der halluzinatorischen Wunschbefriedigung" T h o m ä aufmerksam machte ("bei der Symptomenentstehung geht die Abwehr der Affekt- und Vorstellungsrepräsentanzen mit einer Ich-Veränderung einher") und deren Relationen zum Über-Ich, Es und der Aussenwelt. Inwieweit jeweils eine "Fixierung" oder "Regression" anzunehmen ist, entscheidet sich mindestens in Extrem-Fällen.

Für die Thematik der Oralität sowie der Ambivalenz wird die Mutter (= Nahrung) zum wesentlichen Objekt. Der "einverleibende Modus", wie E r i k s o n bezeichnet, ist an Hautkontakte und manuelles Greifen gebunden. Der Autismus, excessiv von der Kranken betrieben und betont, reicht so weit, dass jeglicher Kontakt zu Personen aufgegeben wird. Dies veranlasste Z u t t von einer "Leere" zu sprechen, ein Begriff von einiger Tragweite. Da die depressive Komponente zuweilen schwer ausgeprägt ist, zeigt sie die typischen Introjektions-

vorgänge depressiver Strukturen (darauf hat u.a. M e n g hingewiesen). Die oral-ambivalente Bedingung im Identifizierungsproblem geht einher mit dem Misslingen der Objektfindung und realer Befriedigung. Die Ich-Struktur der Kranken ist ganz mit der Abwehr beschäftigt. Eine Patientin Z u t t 's "lebte ganz für sich zurückgezogen, sperrte sich völlig ab gegen den Vater. Sie war sofort ausser sich, wenn er ihr etwas sagte, insbesondere wegen ihres Zustandes".

T h o m ä spricht von der Identifizierung: "Die Identifizierung bringt einen partiellen Objektverlust mit sich, aber im unbewussten Einssein ist ein narzistisch-depressiv-masochistischer Kreis erreicht. Was heisst das? Die ursprüngliche "ambivalente Beziehung" zur Freundin-Mutter bringt es mit sich, dass bei einer Identifizierung eine - gute - und eine - böse - Imago introjiziert und im Ich bzw. Über-Ich errichtet werden".

ad b) Die A m e n o r r h o e ist ohne Zweifel nach der Nahrungsverweigerung das bedeutsamste Symptom. Psychodynamisch lässt sich, wie T h o m ä schon sagte, eine "Ergänzungsreihe zwar bilden, aber inwiefern ihr Anteil z.B. am Sistieren der Menses ist, lässt sich sicherlich nur psychosomatisch erfassen".

ad c) Für die O b s t i p a t i o n ist interessant, dass sie sich stufenlos ins Krankheitsbild einordnen lässt. Ihr psychodynamischer Anteil in der "Ich-Problematik" - ("The anal defence is primarily organized around the fear of losing control over the passiv impulses and the objects, and shows more organized aspects of the search for power". P. S e l v i n i) - unterstützt, ja verstärkt das "Völlegefühl" und nicht zuletzt eben dadurch ihren Laxantienabusus. Die Bedeutung dieser Analität (z.B. zur Ich-Veränderung, zur prädipalen Erlebnisweise, implicite deren Reaktionsbildungen etc.) wurde bisher zu gering geachtet.

ad d) Das E r b r e c h e n geschieht zumeist heimlich und wird nicht selten artefiziell eingeleitet. Im Grunde setzt sich hier die Ambivalenz fort. Das Ich, von einem "Gegenwillen" überformt, wird völlig von ihm beherrscht. Man nimmt den Begriff "Willensperversion" wieder auf und spricht von Ich-Veränderung, in welcher u.a. als Inthronisation ein "Gegenwille" erkannt wird.

Dass die oralen Erlebnisweisen eine sexuelle Bedeutung für Anorexia nervosa Kranke besitzen, wies z.B. B e e c h nach.

Um das Ich der Kranken gruppiert sich wiederum die Problematik. Die Reaktionsbildungen des Ichs lassen einen "Über-Ich-Widerstand" (in der Therapie) mit einem unbewusst motivierten Schuldbewusstsein und Strafbedürfnis annehmen. In diesem Sinne kann man z.B. B a h n e r 's Formulierung "das Erbrechen folgt dem Essen wie Strafe und Sühne dem Vergehen" einreihen. Die beständig aufzuzeigende abgewehrte orale Aggressivität - "After the shocking discovery of being orally dependent of the object, the oral component organizes by means of emaciation an image of independence and self-sufficiency". P. S e l v i n i - aktiviert die regressiven Vorstellungsinhalte unbewusst kannibalistischer Art. T h o m ä der dieses Symptom unter den Gesichtspunkt der "Verneinung" stellt, sagt u.a. in Beziehung auf die infantilen Enttäuschungen hinsichtlich der Nahrungskarenz, dass "das "Ich" das "Nein" des versagenden Objektes übernimmt".

Z i o l k o 's Hervorhebung, dass "die Anorexia phasenweise mit einer Hyperphagie alternieren kann", liesse sich ebenfalls unter die "Verneinung" stellen.

Da die bisweilen auftretende Gier der Kranken - ("ich habe keinen Hunger. Dabei dachte ich, Hunger - oh doch - Hunger habe ich gehabt - Hunger wie ein Vieh - Fressen, fressen hätte ich mögen - aber ich durfte nicht - ich wollte sterben", wie die magersüchtige Lore Berger sagte) - zu Triebdurchbrüchen führt; eine quasi unbewusste Wunscherfüllung, die bei Eintritt realer Befriedigung bewusst als "Nein" erlebt wird, als auch

phasenspezifisch im unbewussten Trieb (Hunger) zu ebenso realer Erfahrung sich aufspaltet und in bewusste Konfrontation von Triebansprüchen fällt - oder zur phasenweisen Hyperphagie wird, was dasselbe ist.

E I G E N E   U N T E R S U C H U N G E N

---



TABELLE I  
Allgemeine Übersicht

| Fall Nr. | Erkrankungsalter (Jahre) | Untersuchungsalter (Jahre) | Grösse (cm) | Soll-Gewicht (kg) | Prämorbidcs Gewicht (kg) | Aufnahmegewicht (kg) | Minimalgewicht (kg) | Gewichtsverlust in % | Entlassungsgewicht (kg) | Dauer der Behandlung (Wochen) | Gewichtsdifferenz<br>Entlassung/Aufnahme in kg |
|----------|--------------------------|----------------------------|-------------|-------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|
| 1        | 14,5                     | 15                         | 170         | 59,8              |                          | 43,2                 | 43,2                | 27                   | 49,3                    | 15                            | 6,1                                            |
|          |                          | 22                         |             |                   |                          | 51                   | 51                  |                      | 59,2                    | 16                            | 8,2                                            |
| 2        | 15                       | 21                         | 172         | 63,7              | 75                       | 43,5                 | 39,5                | 47                   | 45,5                    | 15                            | 2                                              |
| 3        | 14                       | 14,9                       | 164         | 55,3              | 50                       | 34                   | 34                  | 32                   | 41                      | 10                            | 7                                              |
|          |                          | 15                         |             |                   |                          | 33,2                 | 33,2                | 36                   | 43,2                    | 9                             | 10                                             |
| 4        | 14                       | 14,8                       | 160         | 52,5              | 57                       | 33,3                 | 33,3                | 42                   | 46,3                    | 14                            | 13                                             |
| 5        | 14                       | 15                         | 158         | 51,3              | 52                       | 41,9                 | 38                  | 27                   | 43,8                    | 12                            | 1,9                                            |
| 6        | 14                       | 14,4                       | 168         | 58,3              | 60                       | 48,7                 | 45                  | 25                   | 45,0                    | 28                            | -3,1                                           |
| 7        | 18                       | 19,3                       | 160         | 55,9              | 67                       | 32,5                 | 32,1                | 52                   | 37,1                    | 20                            | 4,6                                            |
| 8        | 14                       | 15                         | 161         | 53,2              | 54                       | 28                   | 28                  | 48                   | 47,6                    | 16                            | 19,0                                           |
|          |                          | 15,8                       |             |                   |                          | 35,8                 | 35,8                | 34                   | 47                      | 19                            | 11,8                                           |
| 9        | 18                       | 21                         | 165         | 58,9              | 70                       | 52                   | 36                  | 48                   | 62                      | 5                             | 10                                             |
|          |                          | 32                         |             |                   |                          | 35                   | 34,5                | 51                   | 37                      | 22                            | 2                                              |
| 10       | 16                       | 17,3                       | 161         | 53,2              |                          | 49,5                 | 45,5                | 7                    | 49                      | 10                            | -0,5                                           |
| 11       | 15                       | 16,5                       | 161         | 53,2              | 55                       | 27,2                 | 27,2                | 51                   | 38,9                    | 6                             | 11,7                                           |
| 12       | 15                       | 15,5                       | 165         | 56,2              | 65                       | 45,2                 | 45,2                | 30                   | 57                      | 12                            | 11,8                                           |
| 13       | 18                       | 21                         | 155         | 53                | 55                       | 40,5                 | 34                  | 38                   | 43                      | 8                             | 2,5                                            |
|          |                          | 21                         |             |                   |                          | 45                   | 45                  |                      | 45,0                    |                               | 0,6                                            |
|          |                          | 22                         |             |                   |                          | 39,2                 | 36,8                |                      | 30,8                    | 5                             | -2,4                                           |
|          |                          | 23                         |             |                   |                          | 41,8                 | 41,8                |                      | 44,9                    | 8                             | 3,1                                            |
|          |                          | 25                         |             |                   |                          | 43,3                 |                     |                      | 46,7                    | 6                             | 3,4                                            |
| 14       | 16                       | 17                         | 157         | 50,9              | 69                       | 55,4                 | 55,1                | 20                   | 55,6                    | 6                             | 0,2                                            |
| 15       | 17                       | 18,5                       |             |                   | 67                       | 53,9                 | 32,8                | 19                   | 54,5                    | 7                             | 0,0                                            |
| 16       | 17                       | 22                         | 160         | 55,9              |                          | 39,5                 | 39,5                | 29                   | 39,5                    | 1Tg                           | -                                              |
| 17       | 13                       | 14,3                       | 172         | 61,2              |                          | 45,5                 |                     | 25                   | 45,5                    | 2Tg                           | -                                              |
| 18       | 18                       | 21                         |             |                   |                          |                      |                     |                      |                         | 1Tg                           | -                                              |
| 19       | 16                       | 24                         | 164         |                   |                          |                      | 30                  |                      |                         | A                             |                                                |
| 20       | 16                       | 17                         |             |                   |                          |                      |                     |                      |                         | A                             |                                                |
| 21       | 16                       | 17                         |             |                   |                          |                      |                     |                      |                         | A                             |                                                |
| 22       | 18                       | 20                         |             |                   | 55                       | 46                   | 44                  | 20                   |                         | A                             |                                                |
| 23       | 24,5                     | 24,9                       | 160         | 57,1              | 50                       | 30,8                 | 30,8                | 38                   | 46,8                    | 11                            | 16                                             |
|          |                          | 25,5                       |             |                   |                          | 37,1                 | 37,1                | 26                   | 47,7                    | 8                             | 10,0                                           |
| 24       | 25                       | 27                         | 158         | 55,9              | 45                       | 40,5                 | 36                  | 42                   | 30                      | 5                             | 4,5                                            |
| 25       | 20                       | 28                         | 160         |                   |                          | 37,5                 | 29                  |                      |                         | A                             |                                                |
| 26       | 20                       | 21,7                       | 170         | 62,5              | 67                       | 29                   | 29                  | 57                   |                         |                               |                                                |
| 27       | 23                       | 25,4                       | 163         | 58,5              | 55                       | 31,2                 | 31,2                | 43,0                 | 36,0                    | 5                             | 5,4                                            |
| 28       | 25,5                     | 26,5                       | 159         | 50,4              | 59                       | 41,6                 | 37                  | 37                   | 39,4                    | 10Tg                          | -2,1                                           |
| 29       | 19                       | 22,6                       | 160         | 55,9              | 50                       | 34,5                 | 30                  | 40                   | 34                      | 10Tg                          | -0,5                                           |
| 30       | 24                       | 29                         | 156         | 54,9              | 62                       | 46,3                 | 46,3                | 25                   | 48                      | 5                             | 1,7                                            |
| 31       | 23                       | 31                         | 163         | 60,2              | 63                       | 24,7                 | 24,7                | 61                   | 25,7                    | 9Tg                           | 1                                              |
| 32       | 22,9                     | 23                         | 170         | 63                | 58                       | 51,4                 | 51,4                | 13                   | 54,9                    | 8                             | 4,1                                            |
| 33       | 19                       | 26                         | 161         | 57,7              |                          | 42,5                 |                     | 20                   | 43,1                    | 9                             | 0,6                                            |
| 34       | 19                       | 25                         |             |                   | 60                       | 48                   |                     | 20                   | 55,1                    | 23                            | 7,1                                            |
| 35       | 20                       | 25                         | 150         | 51,0              | 54                       | 38,7                 |                     | 28                   | 30,7                    | 6                             | -                                              |
| 36       | 18                       | 20,6                       | 106         | 59,6              | 56                       | 40,1                 | 16,1                | 23                   | 40,1                    | 2                             | 0,5                                            |
| 37       | 22                       | 23                         | 160         | 57,0              |                          | 41,0                 |                     | 28                   | 45,3                    | 6                             | 3,7                                            |
| 38       | 24                       | 27                         |             |                   | 62                       | 49                   | 47                  | 24                   |                         |                               |                                                |
| 39       | 24                       | 30                         |             |                   |                          | 35                   |                     |                      |                         | A                             |                                                |
| 40       | 22                       | 24                         | 156         |                   | 56                       | 41                   | 41                  | 27                   |                         | A                             |                                                |
| 41       | 43                       | 48,5                       | 159         | 54,1              | 100                      | 30,1                 |                     | 50                   | 37,4                    | 8                             | 7,3                                            |
| 42       | 26                       | 29                         | 179         | 71,2              | 65                       | 48,3                 | 41,8                | 36                   | 47,8                    | 3                             | -0,5                                           |
| 43       | 26                       | 34,7                       | 165         | 61,6              |                          | 30,0                 | 38,0                | 37                   | 45,8                    | 5                             | 7,2                                            |
| 44       | 31                       | 33                         | 102         | 59,0              |                          | 45,5                 | 42,5                | 23                   | 4,2                     | 8                             | 0,7                                            |
| 45       | 39                       | 40,7                       | 155         | 55,3              | 50                       | 30                   | 30                  | 30                   | 40                      | 16                            | 4                                              |
| 46       | 26                       | 43,5                       | 163         | 60,3              |                          | 49,2                 | 39                  | 18                   | 47,0                    | 19                            | -1,6                                           |
| 47       | 26                       | 29                         | 166         | 62,3              | 52                       | 41,7                 | 40                  | 23                   | 43,4                    | 2                             | 1,7                                            |
| 48       | 29                       | 30                         | 161         | 50,4              | 07                       | 44                   |                     | 34                   | 46,3                    | 0                             | 4,3                                            |
| 49       | 38                       | 48                         | 150         | 53,2              | 53                       | 40                   | 40                  | 25                   | 49,5                    | 11                            | 9,5                                            |
| 50       | 31                       | 45                         | 157         | 57,2              | 50                       | 35,4                 |                     | 29                   | 44,2                    | 26                            | 8,8                                            |



II

E I G E N E U N T E R S U C H U N G E N

- A -

KASUISTIK

Es wird - anhand der Krankengeschichten - über 50 ANOREXIA-NERVOSA-PATIENTEN berichtet, die in der Zeit von 1951 bis Mai 1966 in der PSYCHIATRISCHEN und NEURØLOGISCHEN KLINIK der FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN untersucht wurden.

Eine Zunahme des Krankengutes während dieser Zeit - von 15 Jahren - geht aus der folgenden Tabelle hervor:

Tabelle 2: Häufigkeit der in der Klinik untersuchten Anorexia nervosa Patienten in den Jahren 1951 - Mai 1966

|             | Patienten |
|-------------|-----------|
| 1951 - 1955 | 9         |
| 1956 - 1960 | 11        |
| 1961 - 1965 | 26        |
| seit 1966   | 4         |

Von diesen insgesamt 50 Patienten wurden 42 klinisch untersucht bzw. behandelt. Von denen waren 3 Patienten kurzfristig aufgenommen; sie hatten eine Behandlung abgelehnt. 8 weitere Fälle wurden ambulant untersucht.

GESCHLECHTSVERTEILUNG: 49 weibliche Patienten  
1 männlicher Patient

BERUF: Zur Zeit der Untersuchung waren

|              |              |
|--------------|--------------|
| 12 Patienten | Schülerinnen |
| 5 Patienten  | Studentinnen |
| 20 Patienten | Angestellte  |
| 5 Patienten  | Lehrlinge    |
| 4 Patienten  | Arbäterinnen |

die übrigen 4 Patienten als Hausfrauen tätig.

Insgesamt waren 8 Patienten verheiratet;  
davon 2 geschieden; 3 hatten Kinder.

Übersicht der wichtigsten Daten etc. siehe TABELLE 1.

Das DURCHSCHNITTSSALTER zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug  
24 JAHRE. Die jüngste Patientin war 14, die älteste 48 Jahre.

Der BEGINN der ERKRANKUNG lag zwischen dem 13. und 43. Lebensjahr. Das DURCHSCHNITTLICHE ERKRANKUNGSSALTER betrug  
19 1/4 Jahre.

Vor der Untersuchung betrug die ERKRANKUNGSDAUER 4 3/4 Jahre.

| Erkrankungsdauer | < 1 Jahr | 1-2 Jahre | > 3 Jahre |
|------------------|----------|-----------|-----------|
| Zahl der Pat.    | 11       | 17        | 22        |

Hinsichtlich des Erkrankungsalters unterscheiden wir folgende 3 Gruppen:

1. GRUPPE 13-18 Jahre = 22 Pat. (Pubertätsmagersucht)
2. GRUPPE 19-25 Jahre = 18 Pat. (Postpubertätsmagersucht)
3. GRUPPE älter als 26 Jahre = 10 Pat. (Spätform der  
Anorexia nervosa)

Die Symptomatik erwies sich bei diesen 3 Gruppen unterschiedlich:

1. GRUPPE - Auf die von 22 Patienten gebildete 1. Gruppe (Kerngruppe) fielen 19 besonders schwere Fälle. Bei ihnen waren die typischen Symptome einer Anorexia nervosa vorhanden: Anorexie bzw. Dysorexie, Abmagerung, Amenorrhoe, zumeist Obstipation, sowie die charakteristischen psychopathologischen Veränderungen.

Unter den restlichen 3 Patienten dieser Gruppe war ein leichter Fall. Diese Patientin war in einem sehr frühen Erkrankungsstadium zur Untersuchung gekommen (Fall 14). Die restlichen beiden wurden ambulant bzw. kurzfristig in der Klinik untersucht; lassen sich aber ebenfalls in die 1 Gruppe ein-

gliedern.

2. GRUPPE - In der 2. Gruppe (18 Patienten), die zwischen dem 19. und 25. Lebensjahr erkrankt waren, galten noch 9 Patienten als typische Fälle. Die 9 anderen Patienten waren leichtere Fälle.

3. GRUPPE - Unter diesen 10 Patienten der 3. Gruppe - Erkrankungsbeginn nach dem 26. Lebensjahr - fand sich 1 schwerer Fall; die weiteren 9 Fälle waren atypisch.

Die a t y p i s c h e n Fälle unterschieden sich von den jüngeren, reinen Anorexia nervosa Kranken:

a) im Hinblick auf das psychopathologische Bild. Diese Patienten zeigten eine schwere psycho-neurotische Symptomatologie. Neben angst- und zwangsneurotischen Symptomen dominierten bei ihnen besonders hypochondrische Züge.

b) Das Ausmass der Gewichtsabnahme entsprach nicht immer der Schwere des Krankheitsbildes. Hier sind zwei Beispiele zu nennen, bei denen bei schwerster psychopathologischer Symptomatik nur eine geringe Gewichtsabnahme vorlag (Fall 6: sehr depressiv, Suicidversuch, starre Ablehnung der weiblichen Geschlechtsrolle, asketische Haltung, Hyperaktivität. Gewichtsverlust von prämorbid 60 kg auf 45 kg. Fall:10: Strikte Nahrungsverweigerung, asketische Ideale, schwer depressiv, ehrgeizig, eigenwillig. Gewichtsverlust von 53 kg auf 48,5 kg). Die folgende Tabelle weist auf den unterschiedlichen Grad der Gewichtsabnahme, innerhalb der einzelnen Gruppen, hin:

Tabelle 3: Körperzustand (Abmagerung)

| Gruppe | leicht | schwer | kachektisch |
|--------|--------|--------|-------------|
| I      | 4      | 12     | 6           |
| II     | 5      | 9      | 4           |
| III    | 5      | 4      | 1           |

KÖRPERGEWICHT: Zur Zeit der Untersuchung hatten die Patienten insgesamt ein durchschnittliches Körpergewicht von  $3\frac{1}{2}$ ,9 kg, bei einer mittleren Grösse von 160 cm.

Das prämorbidie Durchschnittsgewicht lag bei 58,6 kg. Das Normgewicht für 24-jährige (durchschnittliches Untersuchungsalter) bei einer Grösse von 160 cm liegt bei 57,1 kg. Es lässt sich also feststellen, dass das prämorbidie Körpergewicht der Norm entspricht.

17 Patienten waren sogar vor der Gewichtsabnahme übergewichtig (und zwar zwischen 1,7 und 18 kg). 10 Patienten wiesen bereits prämorbid ein Untergewicht auf (zwischen 3,5 und 10,6 kg).

Der GEWICHTSVERLUST betrug gegenüber dem prämorbidien Gewicht durchschnittlich 33 %. 6 Patienten hatten einen Gewichtsverlust von mehr als 50% erreicht. In einem Fall sogar 61%. Die niedrigsten Gewichte betrugen bei Klinikaufnahme: 24,7 kg (31), 27,2 kg (11), 28 kg (8), 29 kg (26)<sup>1</sup>.

Tabelle 4: Gewichtsverlust - Altersgruppen

|            |      |
|------------|------|
| Gruppe I   | 33 % |
| Gruppe II  | 33 % |
| Gruppe III | 31 % |

Der prozentuale Gewichtsverlust zeigte innerhalb der 3 Gruppen keinen wesentlichen Unterschied.

## - 2 - SYMPTOMATOLOGIE

### a) K ö r p e r l i c h

Dem Abmagerungszustand entsprechend waren bei den stark abgemagerten Patienten Fettpolster und Muskulatur weitgehend geschwunden. Die Haut war trocken, atrophisch. Es bestand eine Acrocyanose, sowie Neigung zum Frieren.

---

<sup>1</sup>Mit den in Klammern angegebenen Ziffern sind die einzelnen Patienten 1 - 50 gekennzeichnet.

In 3 Fällen war eine Hyperstrichose aufgetreten. Ödeme fehlten. Sie fanden sich bei 2 Patienten im Zuge der Gewichtszunahme. Bei einer Patientin war eine hämorrhagische Diathese aufgetreten.

Körpertemperatur, Blutdruck und Herzaktion waren auf ein niedriges Niveau eingestellt. Die Kranken hatten Körpertemperaturen bis zu 35 Grad C, Bradycardie bis zu 36 Schlägen / Minute; die niedrigsten Blutdruckwerte lagen bei 85/60 mm Hg.

7 Patienten hatten eine hypo- oder normochrome Anämie. Sie war nicht die Regel bei den schwerabgemagerten Patienten.

Die Blutzuckerwerte waren bei den kachektischen Patienten erniedrigt, sie lagen um 65 - 69 %.

#### A m e n o r r h o e :

Die Amenorrhoe - als obligates Krankheitssymptom angesehen - fand sich in 37 von 49 Fällen (ausschliessend einen männlichen Patienten).

Bei zwei 15-jährigen Patienten, die mit 14 Jahren erkrankt waren, lag eine primäre Amenorrhoe vor (3, 8).

Tabelle 5: Amenorrhoe

| -Ges.Pat. | primäre<br>Amenorrhoe | sekund.<br>Amenorrhoe | unregelm.<br>Menstruat. | keine<br>Amenorrhoe |
|-----------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|
| 49        | 2                     | 35                    | 7                       | 5                   |

In 29 Fällen war die Amenorrhoe g l e i c h z e i t i g mit der Erstörung aufgetreten. In 4 Fällen stand sie als Anzeichen der Krankheit noch v o r der merklichen Appetits- und Gewichtsabnahme. Bei weiteren 4 Fällen war die Amenorrhoe mehrere Monate n a c h dem Gewichtsverlust in Erscheinung getreten.

Tabelle 6: Amenorrhoe - Altersgruppen

| Altersgruppe u.<br>Anzahl d. Pat. | Amenorrhoe | keine<br>Amenorrhoe | unregelm.<br>Menstruation |
|-----------------------------------|------------|---------------------|---------------------------|
| I = 21                            | 20         | 1                   | -                         |
| II = 18                           | 12         | 3                   | 3                         |
| III = 10                          | 5          | 1                   | 4                         |
| Ges. = 49                         | 37         | 5                   | 7                         |

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, lag bei der 1. Gruppe - Pubertätsmagersuchtpatienten - nur in einem Falle keine Amenorrhoe vor (19). Bei den 18 Patienten der 2. Gruppe, die nach der Pubertät erkrankt waren, fehlte die Amenorrhoe in 3 Fällen. In 3 weiteren Fällen trat die Menstruation unregelmässig auf. Es handelte sich bei diesen 6 Patienten um leichtere Erkrankungsfälle mit einem durchschnittlichen Gewichtsverlust von 24 % (30, 32, 34, 35, 36, 37).

In der 3. Gruppe der erwachsenen Patienten war in einem Fall keine Amenorrhoe (47), während in weiteren 4 Fällen eine schwache und alternierend auftretende Menstruation vorlag (43, 45, 46, 50).

Die Mehrzahl der Patienten (74 %) hatte vor Beginn der Erkrankung einen normalen und regelmässigen Zyklus.

#### MENARCHE:

Die Patienten hatten ein durchschnittliches Menarchealter von 13 1/2 Jahren. Das entspricht dem für Mitteleuropa normalen Menarchetermin.

Tabelle 7: Menarche

| Menarchealter       | Patienten |
|---------------------|-----------|
| 11 - 12 1/2 Jahre   | 9         |
| 13 - 14 1/2 Jahre   | 25        |
| 15 - 19 Jahre       | 10        |
| noch keine Menarche | 2         |
| keine Angaben       | 3         |
| entfällt, männl.    | 1         |

In 10 Fällen war der Menarchetermin verzögert. Zu bemerken bleibt hier, dass 9 von 27 Patienten, bei denen die Anorexia nervosa nach dem 19. Lebensjahr aufgetreten war, eine verspätete Menarche vorlag.

Tabelle 8: Menarchetermin

|                     | normal | verspätet |
|---------------------|--------|-----------|
| 1. GRUPPE = 21 Pat. | 20     | 1         |
| 2. GRUPPE = 18 Pat. | 13     | 5         |
| 3. GRUPPE = 10 Pat. | 6      | 4         |
| GESAMT:             | 39     | 10        |

## Obstipation

In 34 Fällen bestand eine Obstipation.

Tabelle 9: Obstipation

| Pat. insges. | vorhanden | nicht vorhanden |
|--------------|-----------|-----------------|
| 50           | 34        | 16              |

Die Obstipation liess sich in 6 Fällen - unabhängig von der Anorexia-Symptomatik - schon seit der Kindheit feststellen. Bei mehreren Patienten stand sie im Vordergrund der Beschwerden. Z.B. wurde die Unfähigkeit zu essen damit begründet, dass der Darm nicht völlig geleert sei.

19 Patienten gebrauchten ständig - und oft in hoher Dosis - Abführmittel. Als bewusst körperschädigende Massnahme nahm eine Patientin bis zu 30 Dulcolax täglich (24). Ebenso verlangte eine Patientin mehrmals täglich Glycerineinläufe, in denen sie eine Form der Reinigung sah (46). Eine weitere bemühte sich, das Rectum mit dem Finger auszuräumen (11). Zumeist wurde die Verwendung von Laxantien verheimlicht; jedoch gaben 7 Patienten zu, auch in dieser Weise ihre Abmagerung heimlich zu forcieren.

2 von 30 Patienten mit Obstipation hatten auch Diarrhoeen (48, 49). Ausschliesslich Diarrhoen hatten nur 2 Patienten (9, 26).

#### Erbrechen:

Zu den obligaten Symptomen wird auch das Erbrechen gerechnet. Bei unseren Patienten war es in 23 Fällen (46 %) vorhanden.

In 12 Fällen wurde heimliches Erbrechen in Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme - nach dem Essen - beobachtet, besonders, wenn diese durchbruchhaft (Bulimie) erfolgte. Wenn auch zuerst verleugnet, so gaben die Patienten später doch zu, dass sie absichtlich - zuweilen digital - Erbrechen herbeiführten.

Als vordergründige Motivation wurde von einigen Patienten Übelkeit und Völlegefühl angegeben. Eine Patientin z.B. erbrach zur Kontrolle, ob der "Magen blutet" (37). Unabhängig von der Nahrungsaufnahme wurde in einigen Fällen auch nüchtern und nachts erbrochen.

Das Erbrechen zeigte sich bisweilen in Abhängigkeit von Situationen und Personen. So erbrach eine Patientin demonstrativ bei Anwesenheit der

Mutter aus "Mund und Nase" (9).

Es ist naheliegend, dass Zusammenhänge mit Schwangerschaftsphantasien bestehen. Eine 14-jährige Patientin erbrach zu Beginn ihrer Krankheit ständig Schleim. Die Mutter bemerkte dazu: Es sei genauso, wie bei ihr, als sie schwanger war. Die Patientin verhielt sich so, als ob sie ein Baby erwarte (3). Bei der Nachricht - die Freundin erwarte ein uneheliches Kind - erkrankte eine 16-jährige Patientin, sie erbrach nüchtern, so wie ihre schwangere Freundin (14).

b) Weitere klinische Befunde:

Da ein Teil der Patienten vor der Klinik-Aufnahme internistisch untersucht worden war, wurde auf eine Wiederholung der Laboruntersuchungen verzichtet.

Die Bluteiweisskörper waren bei 3 schwer-abgemagerten Patienten verändert. Die Gesamteiweisswerte waren hier bis 4,8 g % erniedrigt. Es fand sich eine erhebliche Albuminverminderung von 45 % und eine Globulinvermehrung von 15,8 %. Weitere 21 Patienten hatten normale Gesamteiweisswerte.

Die Elektrolytwerte - bei 3 Patienten untersucht - lagen in 2 Fällen an der unteren Grenze der Norm (26, 41).

Die Diencephalen Wasserproben fielen in 2 Fällen normal, in 2 weiteren pathologisch aus (12, 34). Dabei war die Verzögerung der Ausscheidung nicht erheblich. Bei Kontrolluntersuchungen am Ende der Behandlung fielen die Proben bei beiden Patienten normal aus.

Die Ausscheidung der 17 - Ketosteroide war bei einer Patientin normal, in 2 Fällen an der unteren Grenze der Norm (8, 34).

Die Leberfunktionsproben waren in 5 Fällen normal, in einem Fall leicht pathologisch.

Röntgenaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen mit Spezialaufnahmen der Sella, bei 20 Patienten, gaben keinen Anhalt für pathologische Veränderungen.

EEG - Untersuchungen bei 23 Patienten ergaben keinen auffälligen Befund. 18 Patienten hatten ein völlig normales EEG. In einem Fall sprach das EEG bei der Aufnahme für eine cerebrale Allgemeinschädigung. Wiederholte Kontrollen wiesen auf eine umschriebene cerebrale Schädigung mit Schwerpunkt im rechten hinteren und mittleren Temporalbereich hin. Der Abschlussbefund liess noch an eine erhöhte Krampfbereitschaft denken, ohne eine solche jedoch beweisen zu können (13). Bei 2 weiteren Patienten zeigte das EEG einen Verdacht auf eine umschriebene cerebrale Schädigung mit Schwerpunkt über dem rechten hinteren Hirnabschnitt. 2 andere Patienten hatten lediglich ein labiles EEG.

Die Obduktion der Patientin, die nach hochgradigem Marasmus gestorben war (31), ergab folgende anatomisch-pathologische Befunde:

1310 g schweres blasses Gehirn mit geringem Hydrocephalus internus und stärkerem Hirnödem.

Erhebliche braune Atrophie des Herzens (130 g). Geringe Überblähung beider Lungenoberlappen. Interstitielles Emphysem vor allem in den Randteilen der Mittelgeschosse. Geringes Lungenödem. Beidseitiger seröser Pleuraerguss.

Braunatrophische Leber (670 g), mit frischer venöser Hyperämie und Ödem. Atrophische Milz (307 g) mit Siderose. Geringe frische Blutstauung in den glatt-atrophischen steifen Nieren. Atrophisches Genitale. Zarte Aorta mit feinstfleckiger Lipoidose.

Vereinzelte kleine Adenomknoten in beiden blassen und kaum glänzenden Schilddrüsenlappen.

Gallertige Atrophie des Fettgewebes im distalen Mark der langen Röhrenknochen bei regenerativer Hämopoese im übrigen Mark.

Petechiale Hautblutungen an der Streckseite der Oberschenkel und am Thorax.

Erwartungsgemäss hatte die Obduktion keinen anatomischen Befund erbracht, der den hochgradigen Marasmus ursächlich hätte erklären können. Kein Neoplasma. Hypophyse makroskopisch und histologisch unauffällig. Andere endokrine Organe histologisch ohne Besonderheiten. Entsprechend der Atrophie der inneren Organe fanden sich im "ruhenden Ovar" lediglich einige Corpora albicantia.

Das Hirnödem spricht dafür, dass der Tod unmittelbar zentral ausgelöst wurde, auch das Lungenödem dürfte zentral bedingt sein. (Priv.Doiz.Dr. Lindlar, Pathologisches Institut der Freien Universität Berlin)

### c) Verhalten zur Nahrung:

In Anlehnung einiger Fälle konnte die Nahrungsablehnung einer echten Appetitminderung zugesprochen werden; was von anderen Patienten nicht ausgesagt werden kann, da deren Appetit normal, zeitweilig sogar gesteigert war, wobei die Nahrungsabstinenz durch verschiedene Rationalisierungen bestimmt und das Hungergefühl von den Patienten geleugnet wurde.

In 2 Fällen war eine Nahrungsaufnahme nur bei Fütterung durch eine Schwester möglich (1, 23); andererseits wurde Füttern als eine Bevormundung empfunden und protestiert. Ausreden und Vorwände gerieten nie in Mangel, die Nahrungsaufnahme zu vermeiden oder wenigstens hinauszuschieben. 7 Patienten liessen das Essen heimlich verschwinden, durch "Beiseiteschaffen" oder es ihren Mitpatienten aufzwingend. Bei den Mahlzeiten erklärten sie, bereits gegessen zu haben.

Die Ablehnung beschränkte sich in 5 Fällen nur auf bestimmte Nahrungsmittel (23, 24, 27, 42, 44). Die Patienten hatten eine Aversion gegenüber Fleisch und Fett.

Andere Patienten hatten Appetenzen zu bestimmten Speisen (7, 8, 10, 31, 50). So bevorzugten diese Patienten besondere Speisen, z.B. Krabben in Gelee, Muscheln, Lachs, Prager

Schinken, saures Obst etc., oder sie beriefen sich auf kalorienarme Nahrungsmittel, z.B. Knäckebrötchen, Haferflocken, Milchbrei. 2 Patienten bestanden darauf, nur kalte Speisen zu sich zu nehmen (27, 44).

Wenn von vielen ein Verlangen nach Nahrung geleugnet wurde, so bestand bei einigen Patienten doch eine deutliche *a l i m e n t ä r e P r ä o c c u p a t i o n*. 8 Patienten äusserten, zwanghaft an das Essen denken zu müssen. Ähnlich wie eine Patientin von Zutt sagte: "Ich kriege den Gedanken an's Essen nicht aus dem Kopf; auch wenn ich lese, ist der Gedanke an das Essen immer dazwischen."

Der Häufigkeit einiger Patienten Rechnung tragend, sei vermerkt, dass das Zubereiten von Speisen für Andere - ohne selbst der folgenden Mahlzeit beizuwohnen - ein Merkmal der *Anorexia nervosa* ist. Eine Patientin z.B. hielt sich so oft als möglich in der Stationsküche auf und half besonders gern, das Essen zu verteilen (26). In 3 Fällen liess sich eine "paradoxe Sättigung" bei eigenen aufdringlichen Fütterungs-impulsen gegenüber Familienangehörigen konstatieren (4, 9, 37).

In einer Gruppe von 8 Patienten kam es während der eigentlichen Anorexie und Nahrungsabstinenz zeitweilig zu einem gesteigerten, heiss hungrigen Verlangen nach Nahrung - phasenweise *B u l i m i e* - (4, 11, 13, 15, 26, 41, 45, 46).

"Dann musste ich essen; wie ein Tier habe ich mich auf das Essen gestürzt", erklärte ein Patient (15).

Es ist in diesen Phasen die Gier nach Nahrung einer Unkontrollierbarkeit unterworfen, welche den Zwang der Patienten stützt, sich wahllos und zumeist heimlich mit Nahrung vollzustopfen.

Ähnliche Essgewohnheiten wie die heimliche Speisekammergier oder gar das Suchen nach übrig gelassenen Speiseresten im Abfalleimer (11), fanden sich in 14 Fällen (2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 25, 26, 41, 45, 46). In 7 Fällen führten die triebhaften Durchbrüche zu Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen,

die, eingeleitet das Vergehen zu sühnen, eine Hungerperiode folgen liessen. Zumeist jedoch wurde das Gegessene in prompter Folge durch willkürliches Erbrechen rückgängig gemacht.

Erwähnt sei noch das Interesse einiger Patienten an Nahrungsmitteln - vorwiegend Süssigkeiten und Kuchen - die, vorerst beiseite gelegt, gesammelt, um anschliessend als Gehortetes heimlich genascht zu werden, wenn sich der Drang zu Essen nicht länger zurückhalten liess (4, 5, 7, 8).

Von allen Patienten wurde das **g e m e i n s a m e E s s e n** mit anderen vermieden. So gab eine Patientin bei den Mahlzeiten an, keinen Hunger zu haben. Stand der Teller jedoch vor ihr, konnte sie nicht widerstehen, sich noch mehrere Portionen nachzuholen (4). Eine andere äusserte, dass jedes Essen in Gesellschaft ihr eine Qual sei und ihr die Nahrung in der Kehle stecken bliebe. Wenn sie allein sei, könne sie viel essen, zuweilen alles, was sie gerade finden wurde (41). Hierin zeigt sich die Störung der **k o m m u n i k a t i v e n B e z i e h u n g**, die weit über die blosser Nahrungsaufnahme hinaus gestört ist.

Bemerkenswert ist ein Fall von Magersucht, bei der vorwiegend eine **H y p e r p h a g i e** bestand (12). Diese 15-jährige Patientin ass ausserordentlich gut und beschaffte sich zusätzlich, dabei heimlich, Nahrungsmittel. Dennoch kam es zur Gewichtsabnahme, da die Nahrung willkürlich erbrochen wurde. (Zur Thematik Hyperorexie-Anorexie vgl. im übrigen Ziolkó 1966/67).

In 4 Fällen war es zu **k l e p t o m a n e n H a n d l u n g e n** gekommen (2, 8, 13, 24). Dabei wurden in einem Fall ausser Nahrungsmitteln, Laxantien, Geld, auch Wertgegenstände gestohlen. Den Grund dieser Handlungen konnten die Patienten nicht genügend motivieren. Die Verknüpfung von Oralität und kleptomane Impulsen (Stehlsucht und Ess-Sucht) am Beispiel einer Patientin wurde von Ziolkó beschrieben (1966).

T a b e l l e I

VERHALTEN ZUR NAHRUNG

|                                          | vorhanden |    |     | nicht<br>vorhanden |    |     | gesamt |                |
|------------------------------------------|-----------|----|-----|--------------------|----|-----|--------|----------------|
|                                          | I         | II | III | I                  | II | III | vorh.  | nicht<br>vorh. |
| Essgewohnheiten: Gr.                     | I         | II | III | I                  | II | III | vorh.  | nicht<br>vorh. |
| Ablehnung bestimm-<br>ter Nahrungsmittel | -         | 3  | 2   | 22                 | 15 | 8   | 5      | 45             |
| Aufnahme bestimm-<br>ter Nahrungsmittel  | 3         | 1  | 1   | 19                 | 17 | 9   | 5      | 45             |
| Heimliches Essen                         | 9         | 2  | 3   | 13                 | 16 | 7   | 14     | 36             |
| Phasenweise Bulimie                      | 4         | 1  | 3   | 18                 | 17 | 7   | 8      | 42             |
| Vorwiegend Hyperphagie                   | 1         | -  | -   | 21                 | 18 | 10  | 1      | 49             |
| Erbrechen                                | 10        | 8  | 5   | 12                 | 10 | 5   | 23     | 27             |
| Laxantien-<br>Abusus                     | 8         | 6  | 5   | 14                 | 12 | 5   | 19     | 31             |
| Kleptomanie                              | 3         | 1  | -   | 19                 | 17 | 10  | 4      | 40             |

## EINSTELLUNG ZUR NAHRUNGSVERWEIGERUNG

Grundlegend lässt sich sagen, dass die Nahrungseinschränkung allen Patienten bewusst und - zumindest anfangs - gewollt war, dass auch in keinem Fall das Fehlen des Nahrungsbedürfnisses bedauert wurde.

So zeigt sich der bewusste Wille zur Abmagerung am Beispiel einer 14-jährigen Patientin, die nach einer Blinddarmoperation die Nahrungsaufnahme drastisch einschränkte, als ihr wegen der auftretenden Obstipation. Rohkost angeraten wurde. Obwohl sie weiterhin einen guten Appetit hatte, setzte sie - auch bei fortgeschrittener Abmagerung - die Nahrungsverweigerung fort und unterdrückte ihren Hunger in der Absicht, dünn zu bleiben (6).

Die absichtliche (bewusste) Nahrungseinschränkung bei einem guten Appetit und prämorbidem Übergewicht lag ebenfalls in 10 Fällen vor. Diesem Verhalten adäquat liess sich, mit zunehmender Gewichtsabnahme parallel, Appetitminderung beobachten. Die Begründung von mehreren Patienten lautete: "Ich habe anfangs nur bis zu einer bestimmten Grenze abnehmen wollen." (z.B. 15).

In 16 Fällen wurde die Nahrungsverweigerung mit APPETITLOSIGKEIT begründet.

21 Patienten lehnten die Nahrungsaufnahme ab, weil sie DICKSEIN befürchteten.

So hatte eine 18-jährige Patientin entsetzt mit Nahrungseinschränkung reagiert, als sie - auf ihre Körperfülle angesprochen - hörte, dass, wenn man dick sei, "Männer dafür wären" (7).

Die Aversion gegen das Dicksein konnte in mehreren Fällen bei völlig normalem eigenen Körpergewicht aufgezeigt werden. "Menschen, die viel essen, sind masslos", sagte eine Patientin. "Dicke Menschen sind etwas Schmutziges und Verachtenswertes" (7, 8).

Die Verachtung der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse gestattete die Nahrungseinschränkung mehrerer Pubertätsmagersüchtiger und wurde zum Träger einer *a s k e t i s c h e n* Haltung (6, 7, 8, 15). "Essen bedeutet eine Sünde", "ich muss mir das Recht zu essen erst durch geistige Leistungen erwerben" (6). Auch der männliche Anorexie-Patient sah in der Nahrungsabstinenz das Ziel, seinem Körperideal näherzukommen. Er wollte bei niedrigstem Gewicht noch Höchstleistungen vollbringen, um zu zeigen, welcher Anstrengungen er fähig sei.

In weiteren 4 Fällen schien die Nahrungsverweigerung einer *s u i c i d a l e n* Absicht gleichgesetzt (3, 15, 23, 24). "Verhungern . . . wie ein langsamer Selbstmord", so lautete die Aussage einer Patientin (24).

3 Patienten lehnten die Nahrungsaufnahme ab, weil sie *A n g s t* vor dem Essen hatten (5, 10, 11). Binswangers Ellen West's "Angst vor dem Essen - Angst vor dem Hunger - Angst vor der Angst" - sei hier zu nennen.

Weiter galt für 2 Fälle die Einstellung zur Nahrung im Sinne einer angedeuteten Vergiftungsangst (3, 13). Die Äusserung der 18-jährigen Patientin: "Das Essen auf der Station sei so komisch; man wolle sie wohl vergiften. Die Eltern hätten ihr Äpfel mitgebracht, die schmeckten auch so komisch". Die 14-jährige andere Patientin fand: "Alles schmecke so nach Fisch".

Abschliessend sei eine Gruppe von 8 Patienten genannt, bei welchen die Nahrungsaufnahme mit *s o m a t i s c h e n* Beschwerden verbunden war (35, 36, 42, 43, 45, 46, 48, 50). Obwohl einige sich des Appetits erfreuten, begleitete die Nahrungsaufnahme ein Gefühl von Furcht, die Verdauung betreffend und die durch sie auftretenden *h y p o c h o n - d r i s c h e n* Beschwerden, wie Globusgefühl, Magenschmerzen, Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen etc.

Vorwiegend handelte es sich hier um Patienten (sogenannte atypische Fälle), bei denen es erst im *Erwachsenenalter* zur Symptomanifestation gekommen war.

| T A B E L L E II                        | EINSTELLUNG ZUR<br>NAHRUNGSVERWEIGERUNG |    |    |     |        |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----|----|-----|--------|
|                                         | GR                                      | I  | II | III | gesamt |
| Appetitmangel                           |                                         | 3  | 10 | 3   | 16     |
| Furcht vor dem<br>Dicksein              |                                         | 15 | 5  | 1   | 21     |
| Angst vor dem<br>Essen                  |                                         | 3  | -  | -   | 3      |
| Feindselige Haltung<br>zum Essen        |                                         | 2  | -  | -   | 2      |
| Furcht vor somati-<br>schen Beschwerden |                                         | -  | 2  | 6   | 8      |

#### d) P s y c h i s c h :

Die Skala der seelischen Störungen reichte bei den Kranken von leichten, unkomplizierten bis zu schweren psychiatrischen Bildern.

**B e z i e h u n g z u r U m w e l t .** Allen Patienten gemeinsam war eine mehr oder minder grosse Beziehungslosigkeit der Umwelt gegenüber, die mit Beginn der Krankheit ausgesprochen deutlich wurde. Die zwischenmenschlichen Beziehungen wurden aufgegeben: 6 Patienten trennten sich von ihren Freunden. 5 Patienten fühlten sich von ihren Freunden und deren menschlichen Werten enttäuscht. Ihre Umwelt klagten sie als "verständnislos" und "oberflächlich" an.

In 14 Fällen kam es kurz vor Beginn der EBstörung zu **P r o - t e s t r e a k t i o n e n** gegen die **E l t e r n**. So erklärten 2 Patienten, dass sie "von zu Hause fort zu fremden Menschen" wollten (2, 3). 3 Patienten verschwanden bei Ausbruch der Krankheit ohne Wissen der Eltern, trieben sich einige Tage herum und kehrten mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen zurück (4, 13, 24). In einem Fall kam es zu heftigen Beschimpfungen der Mutter: sie sei ein "dreckiges Weib", das nur Geld ausbebe. Sie sei nicht ihre Mutter, sondern eine fremde Frau. Sie solle das Zimmer verlassen, da sie ihr fremd sei (3).

Die Mehrzahl der Kranken verhielt sich in der Klinik isoliert, einzelgängerisch. Doch fühlten sich einige Patienten für andere Kranke verantwortlich und sorgten sich 'betulich' um ihre Mitpatienten, reagierten jedoch ganz egoistisch.

**V i t a l e r A n t r i e b .** Bei den meisten Patienten war der vitale Antrieb stark reduziert. Von 25 Patienten mit deutlich herabgesetztem Grundantrieb galten 8 als ausgesprochen **a p a t h i s c h** (1, 3, 4, 5, 9, 45, 49, 50). Doch zeigten 7 Patienten auch bei extremer Abmagerung eine ruhelose Aktivität und **B e w e g u n g s d r a n g** (6, 8, 11, 13, 15, 26, 41).

**G r u n d s t i m m u n g .** Die Grundstimmung war bei 5 Patienten depressiv (1, 6, 13, 15, 23). 26 Patienten hatten depressive Verstimmungen. 5 Patienten, bei denen die Magersucht im Erwachsenenalter aufgetreten war, hatten vorwiegend depressive hypochondrische Befürchtungen. In 14 Fällen schien die Stimmungslage weitgehend ausgeglichen.

**Z w a n g h a f t e Z ü g e .** Bei 15 Patienten traten zwanghafte Züge auf: 11 Patienten zeigten einen übertriebenen Drang nach Sauberkeit! Davon hatten 2 Patienten Angst, sich zu beschmutzen (3, 23). So wischte die eine Patientin ständig ihr Bett ab, um sich, wie sie sagte, vor einer Beschmutzung durch männlichen Samen zu bewahren. Die andere Patientin lehnte es ab, aus der Bibliothek der Klinik Bücher zu entleihen, aus Sorge, sich damit eine ansteckende Krankheit zuzuziehen. 5 Patienten fielen durch häufige und ausgiebige Körperwaschungen auf. 2 Patienten gaben an, sich des "warmen Wassers" wegen bzw. weil "Seife dem Körper Fett entziehe" zu waschen. 2 weitere Patienten zeigten ein zwanghaftes Bedürfnis, sich nach dem Essen den Mund zu spülen.

In einigen Fällen fand sich ein gestörtes Verhalten zum **B e s i t z .** 4 Patienten waren äusserst sparsam und geizig (3, 4, 8, 28). Von dem gesparten Gelde kauften diese Patienten nie für sich selbst etwas, nur für andere; 2 Patienten lehnten auch Geschenke ab mit der Begründung, sie hätten sie nicht verdient (4, 8). Eine 18-jährige Patientin hatte schon früher auf Kindergeburtstagen Hemmungen gehabt, richtig zu essen. Auch in anderen Situationen fürchteten sie, zu langsam oder zu schnell zu essen und nahm immer weniger als die anderen (7).

**Ä n g s t e .** 10 Patienten hatten zeitweise Angstzustände. Davon litten 3 Kranke an Phobien (Strassen- und Dunkelangst), 2 ältere Patienten an Carcinophobie.

**W e i t e r e S y m p t o m e .** Bei einer 14-jährigen Patientin traten Zwangsgrübeleien auf (1). Diese Patientin gab auch an, sich vom Vater ständig "zu etwas gezwungen"

zu fühlen.

3 Patienten hatten H a l l u z i n a t i o n e n , davon sah eine 14-jährige einen kleinen Mann, der sie angrinste (3). Diese Patientin sowie eine andere fanden, das Essen schmecke "so komisch", "nach Fisch oder so". Eine von diesen Patienten hatte auch osmische Halluzinationen: Auf der Station stinke es seltsam.

Eine andere Patientin gab an, dass jemand ihr zuflüstere: "Jetzt musst du brechen" oder dass jemand an ihrem Bett sitze, der sie zwingt, das Essen trotz Brechreiz herunterzuschlucken (9).

Bei der Patientin 3 trat zusätzlich V e r d o p p e - l u n g s e r l e b e n (Heautoskopie) auf. Sie hatte das Gefühl, sie sei ein Zwillingsspaar. Sie müsse immer erst ihren Zwilling fragen, ehe sie antworte.

S u i c i d v e r s u c h : 13 Patienten hatten Suicidgedanken. Wie schon erwähnt, verweigerten 4 Patienten die Nahrungsaufnahme im Sinne einer Selbstverrichtung. In 8 Fällen war es zu einem ernsthaften Suicidversuch gekommen (6, 11, 13, 15, 24, 27, 32, 41). 3 Patienten unternahmen einen Suicidversuch während der klinischen Behandlung, eine während der ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung. 4 Patienten hatten schon vor der Klinikaufnahme einen oder mehrere Suicidversuche begangen.

K r a n k h e i t s e i n s i c h t . Die Verharmlosung der Abmagerung sowie die Verleugnung des Hungerfühls - angesehen als Ausdruck einer Störung des Körperbildes - liess sich bei fast allen Patienten feststellen. Die Patienten erklärten ihren körperlichen Zustand für günstig. Nur 2 Patienten äusserten den Wunsch, gesund werden zu wollen (5, 7). So bat eine Patientin bei Klinikaufnahme flehentlich, ihr die Angst vor dem Essen, die Angst dicker zu werden, zu nehmen (5). Von den meisten Patienten wurde versucht, durch Rationalisierungen von der eigentlichen psychischen Thematik abzulenken. Auch von der 31-jährigen Patientin, die nach

10-jährigem Klinikaufenthalt mit einem Körpergewicht von 25 kg verstarb, wurde die Schwere des Erkrankungsstadiums zwar bewusst eingesehen, im Gefühlsbereich jedoch negiert. Einige Patienten sahen die Anorexie als eine Folge des Coca-Cola- und Spalttablettenabusus an. 11 von den älteren Patienten waren vorwiegend an ihre hypochondrischen Krankheitssymptome fixiert und hielten an ausführlichen Schilderungen der somatischen Beschwerden fest. Bei einigen Patienten liess sich auch feststellen, dass sie versuchten, mit ihrem abgemagerten Körper Aufmerksamkeit zu erlangen (z.B. 8, 15, 41).

**Psychologische Testuntersuchungen.** Bei 18 Patienten waren psychologische Test's durchgeführt worden. Die Intelligenzuntersuchungen im HAWIE bei 4 Patienten ergaben in 2 Fällen einen sehr hohen IQ von 120 (13) bzw. 123 (15), während die beiden anderen Patienten nur geringe Intelligenzleistungen mit einem IQ von 78 (27) und 86 (14) zeigten. 15 Patienten waren mit RORSCHACH getestet, 5 Patienten ausserdem mit dem TAT. Davon zeigten ebenfalls nur die Hälfte der Patienten gute bis überdurchschnittlich gut intellektuelle Fähigkeiten.

Auf Grund der Untersuchungen liess sich bei den Patienten kein einheitlicher Rorschach-Typ finden. Die zusammenfassende Beurteilung der Rorschach-Tests ergab, dass es sich bei den Patienten um neurotisch gestörte Persönlichkeiten handelte, deren Problematik vorwiegend im Kontaktbereich lag. In 9 Fällen stand eine starke Aggressionstendenz im Vordergrund, wobei die aggressiven Impulse in 4 Fällen besonders gegen die Mutter gerichtet waren (10, 15, 27, 33). In 5 Fällen waren orale Triebansprüche im Sinne eines passiven Geliebt- und Verwöhntwerdens deutlich (15, 24, 27, 33, 41). 4 Patienten der älteren Gruppe zeigten im Rorschach-Test phobische und angstneurotische Züge (9, 24, 28, 33). (Vgl. Dahl u. Ziolkow 1968).

**Einstellung zum sexuellen Verhalten:**

Eine bewusste Ablehnung der Sexualität liess sich bei allen

Patienten feststellen. Allgemein wurde dies als Abscheu und Ekel vor sexuellen Beziehungen bezeichnet. Von einigen Pubertätsmagersüchtigen wurde Sexualität gleichgesetzt mit Schmutz, Sittlichkeitsverbrechen, Vergewaltigung. I n f a n t i l e V o r s t e l l u n g e n der oralen Befruchtung fanden sich in einem Fall bei einer 21-jährigen Patientin (26).

5 Patienten gaben an, dass sie jeweils eine Beziehung zu einem jungen Mann abgebrochen hätten, als es zum intimen Ansinnen des Jungen kam.

Eine Patientin äusserte nach einer Episode mit einem Jungen: "Es war wie nach einem Trinkgelage, so ein Überdruß wie nach dem Essen" (2).

Ein Pandora-Erlebnis<sup>1</sup> war bei einer anderen Patientin wesentlich für die sexuelle Abwehr. Als einige Jahre danach ihr Freund sich ihr nähern bzw. mit ihr verloben wollte, erkrankte sie (7). Bei einer 26-jährigen Patientin, die mit 19 Jahren erstmalig wegen der Anorexia nervosa behandelt worden war, trat nach einer Verlobung und auf die sexuellen Wünsche des Verlobten hin ein Rückfall ein. 13 Jahre später kam es zu erneuter Symptomanifestation und Klinikaufnahme, nachdem die Patientin inzwischen geheiratet hatte, ein Kind geboren hatte und seit 7 Jahren wieder geschieden war (9).

Die wenigen Patienten, die eine sexuelle Beziehung eingegangen waren, hatten das Verhältnis kurz vor der Erkrankung abgebrochen (26, 27, 31, 33, 42). 2 Patienten waren nur unter Alkoholeinfluss zu einer sexuellen Betätigung fähig (31, 32). Von mehreren Patienten wurde die A n g s t , s e x u e l l z u e m p f a n g e n , geäußert (26, 32, 33).

Die E h e wurde als eine vorwiegend soziale Angelegenheit ohne Empfängnis und Schwangerschaft angesehen (7, 12, 14, 33).

---

<sup>1</sup> In Goethes "Prometheus" überrascht Pandora ein liebendes Paar. Sie eilt bestürzt zu ihrem Vater und bittet ihn um eine Erklärung. Prometheus gibt eine lapidare Antwort: "Das ist der Tod".

Bei mehreren Patienten liess sich eine f e i n d s e l i g e E i n s t e l l u n g z u m M a n n erkennen. Diese wurde auch in Träumen deutlich. So träumte eine Patientin, dass sie verheiratet war, ihren Mann aber nicht leiden konnte und ihn mit einem Messer erstach (7).

Insgesamt hatten 9 Patienten g e h e i r a t e t (9, 35, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50). Zur Zeit der Untersuchung war die Ehe in 3 Fällen geschieden (9, 44, 49). Bei allen Patienten war die Ehe durch Spannungen und Kontaktschwierigkeiten gestört. 8 Patienten empfanden einen Widerwillen gegen den ehelichen Verkehr. In 6 Fällen bestand F r i g i d i - t ä t , in einem Fall auch ein Vaginismus. Bei einer 26-jährigen Patientin war es während der zweijährigen Ehe zu keinen sexuellen Beziehungen gekommen. Sobald ihr Mann sich ihr näherte, sagte sie, würde es sie am Hals (35).

In einem Fall war die Symptomatik durch eine Fellatio ausgelöst (44).

5 Patienten hatten K i n d e r g e b o r e n (9, 41, 43, 48, 49). Während die Krankheit in einem Fall in zeitlichem Zusammenhang mit der Geburt aufgetreten war (43), waren die übrigen Patienten 2 bis 18 Jahre nach der Geburt erkrankt.

Bei allen diesen Patienten fand sich das V e r h ä l t - n i s z u m e i g e n e n K i n d z w i e s p ä l t i g . Es liess sich feststellen, dass hier ambivalente Spannungen, wie sie der eigenen Mutter gegenüber bestanden, wiederholt wurden.

## - ANAMNESE

### a) F a m i l i e n k o n s t e l l a t i o n :

Die Mehrzahl der Patienten lebte in äusserlich mehr oder minder geordneten Familienverhältnissen.

Tabelle 9: Beruf des Vaters

| Beruf des Vaters    | Patientin |
|---------------------|-----------|
| Arbeiter            | 7         |
| Handwerker          | 5         |
| Angestellter        | 8         |
| Beamter             | 7         |
| Kaufmann            | 5         |
| Akademiker          | 8         |
| Künstler            | 2         |
| entfällt, gestorben | 8         |

Die meisten Patienten stammten aus äusserlich kompletten Familien. 2 Patienten waren vorehelich geboren (23, 35). In einem Fall waren die Eltern nicht verheiratet, lebten jedoch zusammen (14).

15 Patienten kommen aus i n k o m p l e t t e n F a m i - l i e n (30%): In 7 Fällen war die Ehe der Eltern g e - s c h i e d e n worden, als die Patienten 2 bis 7 Jahre alt waren. In weiteren 8 Fällen war der Vater im Kleinkindesalter g e s t o r b e n . Doch fehlte in keinem der Fälle die leibliche Mutter ( in 2 Fällen starb die Mutter, als die Patientin 22 bzw. 43 Jahre alt waren (37, 41, vgl. S. 60).

10 Mütter blieben allein (7, 11, 26, 28, 30, 35, 37, 38, 39, 48). In 3 Fällen heiratete die Mutter wieder (15, 24, 25). In 2 weiteren Fällen lebte die Mutter mit einem Partner in einer "Onkelehe" zusammen (8, 12).

2 Patienten waren bis zum 6. Lebensjahr ausserhalb des Elternhauses aufgewachsen: In einem Fall bei der Grossmutter, in dem anderen Fall zunächst im Kinderheim, dann bei einem Onkel (11, 45).

Hier sei noch bemerkt, dass in einigen Familien die vorherrschende Atmosphäre durch o r a l e H a l t u n g e n gekennzeichnet schien, wobei gutes Essen und besondere Essgewohnheiten eine überbetonte Rolle spielten (27, 33, 41).

In 5 Fällen liess sich ein erhebliches Übergewicht bei der Mutter feststellen (5, 7, 9, 41, 42). Doch bestand auch in einer Familie der Zwang, nur vegetarisch zu essen (33).

P s y c h i s c h e A u f f ä l l i g k e i t e n in den Familien der Patienten fanden sich in 14 Fällen. Zweimal wurden P h o b i e n genannt (Mutter, Grosstante vl), dreimal D e p r e s s i o n e n (Mutter, Grossmutter, Tante vl), eine Mutter hatte einen S u i c i d v e r s u c h unternommen (6). In einem anderen Fall hatte der Vater Suicid begangen (32). 2 Verwandte waren in einer Heilanstalt gestorben, ohne dass über die Art der Erkrankung nähere Angaben gemacht werden konnten. In 3 weiteren Fällen wurde von den Angehörigen nur allgemein " n e r v e n k r a n k " angegeben. In 3 Familien war der Vater P o t a t o r .

Ein gleiches Krankheitsbild wie bei den Patienten fand sich - ausser dem untersuchten Zwillingspaar - in keiner Familie.

#### b) Ü b e r d i e E l t e r n :

##### MUTTER

Die Angaben beziehen sich auf 40 Patienten; in 10 weiteren Fällen konnten wegen des kurzfristigen Klinikaufenthaltes bzw. der ambulanten Untersuchung keine ausreichenden Angaben über die Mutter gemacht werden.

Die Mutter wurde in 9 Fällen als gleichsam o h n e b e s o n d e r e s M e r k m a l beschrieben ('normal, gut').

31 Patienten gaben eine a u s s c h l a g g e b e n d e E i g e n s c h a f t der Mutter an. Bei diesen Patienten schien die Beziehung zur Mutter durch das Verhalten der

Mutter besonders akzentuiert zu sein. 13 Mütter erschienen 'wenig liebevoll' (u.a. zurücksetzend, ichbezogen, unzärtlich). 8 Mütter galten als besonders 'streng' ('tonangebend, energisch'). In 10 Fällen erschien die Mutter 'verwöhnend' ('besorgt, ängstlich'). Dabei liess sich feststellen, dass die Verwöhnung sich in 5 Fällen auf das Essen bezog.

In 18 Fällen waren die Mütter berufstätig. Davon waren 9 Mütter alleinstehend und somit gezwungen, für den Lebensunterhalt zu sorgen.

6 Patienten der Kerngruppe waren (bewusst) noch sehr an die Mutter gebunden. Besonders stark erwies sich die Mutterbindung bei dem 17-jährigen männlichen Anorexie-Patienten.

15 Patienten gaben an, dass sie sich von der Mutter vernachlässigt bzw. von ihr abgelehnt fühlten. In 11 Fällen war eine positive Identifikation mit der Mutter nicht gelungen, wobei die Mutter als "leichtlebig" (34), "zu wenig weiblich" (2), "theatralisch" (42) oder als eine "schöne Dame aus der grossen Welt" (11) beschrieben wurde.

Es liess sich feststellen, dass das Verhältnis zur Mutter v o r der Erkrankung weitgehend u n g e s t ö r t war und erst mit Beginn der Pubertät in eine feindselige Haltung umschlug (z.B. 3, 7). Die ambivalenten Spannungen hatten bei Erkrankungsbeginn in 14 Fällen zu einer heftigen a g - g r e s s i v e n Auseinandersetzung mit der Mutter geführt.

Andererseits zeigte sich, dass aggressive Impulse gegen die Mutter im realen Verhalten durch Gegenbesetzung abgewehrt wurden. Einige Patienten äusserten, dass sie es nicht wagen würden, sich so wie die Mutter durchzusetzen (31, 46). In der starken Abhängigkeit von ihrer strengen, dominierenden Mutter äusserte eine Patientin (27), ihre Mutter sei ihr ein und alles.

10 Patienten beschrieben das Verhältnis zur Mutter als liebevoll besorgt, gut (mit dem Unterton: zu gut). Hier handelte es sich in 7 Fällen um erwachsene Patienten. Während auch bei

diesen Patienten das Verhältnis zur Mutter immer zwiespältig war, wurden die Spannungen von den Patienten zwar zugegeben, jetzt im Erwachsenenalter jedoch bagatellisiert.

7 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren lebten noch mit der Mutter zusammen.

Eine ablehnende Einstellung der Mutter gegenüber den Patienten wurde in 2 Fällen deutlich. So äusserte eine Mutter zum Arzt, so wehr sie ihre Tochter liebe . . . , wenn sie vorher gewusst hätte, was so kommt, hätte sie lieber kein Kind (3). Eine andere Mutter fand, es wäre wohl besser gewesen, wenn die Patientin gestorben wäre (26).

Tabelle 10: Beschreibung der Mutter

|                   |    |
|-------------------|----|
| 'unauffällig'     | 9  |
| 'wenig liebevoll' | 13 |
| 'streng'          | 8  |
| 'verwöhnend'      | 10 |
| keine Angaben     | 10 |

#### VATER

Die Angaben über die Väter beschränken sich auf 42 Patienten. In 15 Fällen war der Vater im Kleinkindesalter gestorben bzw. die Ehe der Eltern geschieden. Hier wurde in 6 Fällen der fehlende Vater idealisiert. Von den übrigen 27 Fällen wurde der Vater in 13 Fällen gleichsam ohne besonderes Merkmal beschrieben ('unbestimmt, neutral, normal').

In 14 Fällen wurde eine ausschlaggebende Eigenschaft des Vaters genannt. Es erschienen 9 Väter besonders 'streng' (u.a. 'autoritär, pflichtbewusst, jähzornig'). Dreimal erschien der Vater 'verwöhnend' (nachgiebig, gutmütig).

Zweimal 'kontaktarm' ('verschlossen, einzelgängerisch').

Neben der Tatsache, dass bei einem Drittel der Kranken die Väter fehlten, scheint die vorwiegend unbestimmte und neutrale Haltung der Väter in der Familie von Bedeutung zu sein, was auch in anderen Arbeiten herausgestellt wurde (Ishikawa).

In 7 Fällen konzentrierte sich der Konflikt auch auf den Vater (2, 3, 9, 23, 27, 29, 35). Hier schien die ablehnende Haltung gegenüber dem Vater in 4 Fällen ödipal bedingt zu sein. Aggressive Impulse richteten sich z.B. gegen das autoritäre Verhalten des Vaters (2, 9, 23, 35). Andererseits wurde eine mangelnde Führung und Zuwendung des Vaters vermisst (29). Von einer weiteren Patientin wurde die bevorzugte Zuwendung des Vaters zwar als positiv empfunden, gleichzeitig aber als Gegenüberstellung zu den Brüdern betrachtet und als Deklassiertwerden abgelehnt (2).

Eine Patientin gab an, dass sie ihren Vater hasse, weil er sie zu essen dränge (3). Auch zeigte sich eine *Rivalisation* mit dem Vater beim *Kochen* und *Kuchenbacken* (41).

Tabelle 11: Verhalten der Väter

|               |    |
|---------------|----|
| 'unbestimmt'  | 13 |
| streng        | 9  |
| verwöhnend    | 3  |
| kontaktarm    | 2  |
| entfällt      | 15 |
| keine Angaben | 8  |

# c) G e s c h w i s t e r

7 Patienten waren Einzelkinder. Über die Stellung der übrigen Patienten in der Reihe ihrer Geschwister ergab sich, dass 8 Patienten erstes, 16 zweites, 9 drittes, 4 viertes, 1 fünftes Kind in der Familie waren. Es prävaliert somit die Zweitstellung in der Geschwisterreihe (übereinstimmend mit H.Bruch).

11 Patienten hatten mehr als drei Geschwister, während die Mehrzahl - 27 Patienten - aus Familien mit 2 und 3 Kindern stammten.

In 2 Fällen waren die Patienten Z w i l l i n g e (24, 47). Während in einem Fall die Zwillingsschwester gesund sein soll, setzte die Anorexiesymptomatik bei dem anderen Zwillingsspaar bei beiden Schwestern zur Zeit der Pubertät ein (24, 25).

Tabelle 12: Stellung in der Geschwisterreihe

|                  | Patienten |    |
|------------------|-----------|----|
|                  |           |    |
| Einzelkinder     | 7         | 7  |
| 1. von 2 Kindern | 6         | 8  |
| 1. von 3 "       | 1         |    |
| 1. von 6 "       | 1         |    |
| 2. von 2 Kindern | 8         | 16 |
| 2. von 3 "       | 6         |    |
| 2. von 4 "       | 1         |    |
| 2. von 5 "       | 1         |    |
| 3. von 3 Kindern | 6         | 9  |
| 3. von 4 "       | 2         |    |
| 3. von 7 "       | 1         |    |
| 4. von 4 Kindern | 3         | 4  |
| 4. von 5 "       | 1         |    |
| 5. von 5 Kindern | 1         | 1  |
| keine Angaben    | 5         | 5  |

Unter den Geschwistern liess sich eine Überzahl männlicher Geschwister finden - 44 Brüder bei 30 Schwestern - während anderen Autoren gerade eine Überzahl weiblicher Geschwister auffiel (z.B. Cobb). In 3 Fällen liess sich die Ausnahme-stellung des einzigen Mädchens unter mehreren Brüdern feststellen (2, 6, 42).

In 17 Fällen wurde eine starke g e s c h w i s t e r l i c h e R i v a l i t ä t deutlich. So pflegte eine Patientin als 4-jährige in Konkurrenzsituationen mit dem bevorzugten Bruder mit heftigem Erbrechen zu reagieren (9). Andere Patienten bemühten sich durch "Kraftproben", Jungenspiele oder burschikose Verhaltensweise dem Bruder überlegen bzw. gewachsen zu sein (z.B. 6). Auch im intellektuellen Bereich wirkte sich die geschwisterliche Konkurrenz aus, was sich am Beispiel einer 21-jährigen Patientin zeigte (2), die vergeblich um die Zuneigung ihres um ein Jahr älteren Bruders geworben hatte und schliesslich wie dieser Bruder Kirchenmusik studierte.

In 4 Fällen hatten die Patienten unter ihren Geschwistern einen "Bundesgenossen" in der Protesthaltung den Eltern gegenüber gefunden (2, 4, 24, 29). Davon hatten sich in 3 Fällen die Geschwister "rechtzeitig" von der Familie abgesetzt.

P s y c h i s c h e S t ö r u n g e n auch bei Geschwistern zeigten sich in 5 Fällen; doch fand sich eine Anorexia nervosa nur bei dem o.a. Zwillingsspaar. Bei einer 30-jährigen Patientin soll die ein Jahr ältere Schwester mit 32 Jahren nach einer Geburt unheimliche Mengen gegessen und ein Übergewicht von 80 kg gehabt haben (31). Von einem Bruder ist in einem anderen Fall (42) lediglich bekannt, dass er wegen hypochondrischer Befürchtungen in psychotherapeutischer Behandlung war. In 2 Fällen war der Bruder Alkoholiker (37, 46).

d) P r ä m o r b i d e E n t w i c k l u n g :

Tabelle 15: Präorbides Verhalten

|                                                     | Patienten |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| unauffällig                                         | 17        |
| verschiedene präorbide<br>Verhaltensauffälligkeiten | 17        |
| psych. besondere<br>Auffälligkeiten                 | 16        |

Bei einem Drittel der Patienten liessen sich im Rahmen der Untersuchung präorbid keine besonderen Auffälligkeiten feststellen.

In 17 Fällen wurden verschiedene Auffälligkeiten hinsichtlich der präorbiden Persönlichkeit genannt. In 9 Fällen wurde betont, dass sich die Patienten besonders s t i l l und e m p f i n d s a m verhalten hätten. 5 Patienten waren schon von früher Kindheit an g e h e m m t. In 3 Fällen wurde t r o t z i g e s V e r h a l t e n erwähnt.

Bei den übrigen 16 Patienten liessen sich präorbide Anzeichen einer f r ü h e n n e u r o t i s c h e n S t ö r u n g feststellen. Erhebliche Auffälligkeiten zeigte die Patientin 8: sie hatte bei der - frühzeitigen - Sauberkeitserziehung mit Affektkrämpfen reagiert. Bis zum 5. Lebensjahr nässte sie ein. Sie lernte verspätet laufen, verspätet sprechen und stotterte bis zum 7. Lebensjahr. Lange Zeit bestand ein Pavor nocturnus. Mit 8 Jahren zeigte sie eine übermässige "Fresslust" und galt als "Groschengrab" der Familie. Sobald sie nicht genügend Bestätigung bzw. ihren Willen nicht bekam, traten Weinkrämpfe oder auch Ohnmachtsanfälle auf. Mit 12 Jahren wurde wegen Zwangssymptomen eine psychagogische Behandlung notwendig. Im 14. Lebensjahr setzte die Magersuchts-symptomatik ein.

3 Patienten litten als Kinder unter Ä n g s t e n .

Fr ü h e E s s - u n d g a s t r o i n t e s t i n a l e S t ö r u n g e n wurden bei 9 Patienten gefunden. 3 Patienten hatten schon frühzeitig mit Erbrechen reagiert. So war in einem Fall Erbrechen nach Beendigung der 3-monatelangen Stillzeit aufgetreten (4). Eine andere Patientin erbrach als 4-jährige in Konkurrenzsituationen mit dem von der Mutter bevorzugten Bruder (9). Eine weitere Patientin erbrach häufig, nachdem ihr von der Mutter anstelle von Lebertran versehentlich einmal Flohgift verabreicht war (10).

6 Patienten hatten schon als Kleinkind schlecht gegessen (3, 15, 20, 26, 29, 42). Frühzeitigen Protest mit Nahrungseinschränkung zeigte der männliche Patient im Alter von 7 bis 10 Jahren, als die Mutter ihn in einen Kinderhort gab. Er erkrankte mit 17 Jahren an einer excessiven Anorexia nervosa.

Die k ö r p e r l i c h e Entwicklung war bei allen Patienten normal.

#### e) K r a n k h e i t s a n l ä s s e :

Von den meisten Patienten wurden Ereignisse genannt, an denen sich die Magersucht manifestierte. In der Mehrzahl waren diese Ereignisse t y p i s c h . In einigen Fällen liess sich auch eine K u m u l i e r u n g verschiedener Anlässe feststellen. So z.B. bei einer 18-jährigen Patientin (7), die erkrankte, als ihr Freund sie besuchen bzw. sich mit ihr verloben wollte. Die Symptomatik manifestierte sich, nachdem eine Freundin, die vom Vater geschwängert war, Suicid begangen hatte. Eine andere Patientin (26) erkrankte mit 20 Jahren, nachdem sie von verschiedenen Personen, denen sie vertraut hatte, enttäuscht worden war: um sich von der Mutter zu trennen, war die bis dahin sehr mutterfixierte Patientin in den Haushalt der Schwester gegangen. Hier fühlte sie sich ausgenutzt. Von einer Liebesaffäre blieb sie "als Betrogene"

zurück, weil der wesentlich ältere Mann verheiratet war. Ihre moralische Auffassung wurde durch eine Freundin erschüttert, die vorehelich ein Kind erwartete.

Neckereien wegen des p r ä m o r b i d e n D i c k - s e i n s waren bei 11 Patienten der auslösende Anlass. So setzte die Symptomatik bei einer 14-jährigen Patientin (5) mit Erschrecken ein, als sie hörte, sie würde bald so aussehen wie ihre - dicke - Mutter. Bei einer anderen Patientin (10) führte die Äusserung ihres Vaters, dass er nur "schlanke Frauen" liebe, zur Manifestation. Eine Patientin äusserte, dass sie im Hinblick auf ihre wachsenden Brüste, die sie unästhetisch fand, abmagern wollte (30).

In 9 Fällen war die Erkrankung in Zusammenhang mit einer K o n f l i k t s i t u a t i o n i m E l t e r n h a u s aufgetreten. In einem Fall wirkte die Mitteilung, dass die Patientin adoptiert sei, auslösend. Eine Patientin erkrankte nach dem Tode des Vaters, jedoch begann die Symptomatik nicht direkt nach dem Tod, sondern 2 Jahre später, als ihr das Fehlen des Vaters bewusst wurde. In 2 Fällen trat die Krankheit mit dem Tode der Mutter auf, als die Patienten 22 bzw. 43 Jahre alt waren (37, 41).

In 3 Fällen wurden b e r u f l i c h e Konfliktsituationen genannt; in 2 Fällen Schul- bzw. Ortswechsel.

Bei 4 Patienten trat die Symptomatik unmittelbar n a c h O p e r a t i o n e n auf; in drei Fällen nach einer Appendektomie, einmal nach einer Cholecystektomie.

Sehr häufig - so bei 20 Patienten - liessen sich auslösende Situationen mit l i b i d i n ö s e m V e r s u c h u n g s - c h a r a k t e r feststellen.

In 3 Fällen waren erste sexuelle Beziehungen der Krankheit vorausgegangen (13, 26, 29). Bei einer 16-jährigen Patientin begann die Symptomatik nach einem Stuprum (19). In 2 Fällen war eine bevorstehende Verlobung Anlass (7, 33); eine andere Patientin fühlte sich von ihrem Verlobten vernachlässigt und ass "aus Ärger" nicht. Eine weitere Patientin erkrankte

am festgesetzten Hochzeitstag und heiratete nicht (32). In 4 Fällen wurden "missglückte Liebschaften" genannt (2, 27, 31, 45). 2 Patienten erwähnten voreheliche Schwangerschaft einer Freundin (14, 26).

Bei 5 älteren Patienten hatten Konflikte in der Ehe zur Symptomanifestation geführt (35, 44, 48, 49, 50). Davon hatten 4 Patienten schon früher - zur Zeit der Pubertät - mit einer anorektischen Episode reagiert. In einem Fall setzte die Symptomatik nach einer Fellatio und der vom Ehemann bewirkten Scheidung ein (44).

Von insgesamt 5 Patienten, die Kinder geboren hatten, kam es in einem Fall nach der Geburt zur Verschlechterung der schon zur Zeit der Pubertät einmal aufgetretenen Anorexiesymptomatik (43).

#### f) Frühere klinische Behandlungen

32 von 50 Patienten waren vor der Untersuchung bereits klinisch behandelt worden (64 %). Es hatten 18 Patienten einen einmaligen, 14 Patienten mehrmalige Klinikaufenthalte hinter sich.

Tabelle 14: Frühere Klinikaufenthalte

|               |    |
|---------------|----|
| keinen        | 10 |
| 1 mal         | 18 |
| 2 mal         | 7  |
| 3 mal         | 3  |
| 4 mal         | 2  |
| 5 mal         | 2  |
| keine Angaben | 8  |

In 16 Fällen war die Diagnose eine Anorexia nervosa gestellt worden; in 10 Fällen auf Grund einer ersten Untersuchung. Die Mehrzahl der Patienten war zunächst f e h l d i a g - n o s t i z i e r t und entsprechend behandelt worden: In 3 Fällen hatte die Krankheit als endogen-innersekretorische Störung gegolten, d.h. eine als Simmonds'sche Kachexie (34), eine als Sheehan-Syndrom (43), eine als hypophysär-diencephale Regulationsstörung (12). Andere Diagnosen lauteten Thyreotoxikose (2 mal), Hyperacidität (4 mal), Pankreatitis (3 mal), Dyskinesie der Gallenblase (1 mal) usw. wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Tabelle 15: Frühere Diagnosen

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Anorexia nervosa                  | 16 |
| Psychogene Reaktion               | 5  |
| Simmonds'sche Kachexie            | 1  |
| Hypoph.-dienceph. Regul.Störungen | 1  |
| Sheehan-Syndrom                   | 1  |
| Hyperthyreose                     | 2  |
| Verdacht auf Hirntumor            | 1  |
| Hyperacidität                     | 4  |
| Pankreatitis                      | 3  |
| Chron. Appendicitis               | 3  |
| Colica mucosa                     | 1  |
| Malaena                           | 1  |
| Dyskinesie der Gallenblase        | 1  |
| Nierenkolik                       | 1  |
| Pyelonephrose                     | 1  |
| keine Angaben                     | 13 |

Frühere Therapie : In 12 Fällen hatte man mit Hypophysenvorderlappen-, Nebennierenrinden- und Ovarialpräparaten behandelt. Hypophysenimplantation hatte in einem Fall Verschlechterung des Zustandes zur Folge.

Auch wurde mit Frischzellen behandelt, was von der Patientin schlecht vertragen wurde.

Chirurgische Konsequenzen hatten in einem Fall zu einer Cholecystektomie geführt (50), in 3 Fällen zur Appendektomie (14, 42, 47). In einem Fall hatte man ausser einer Appendektomie eine Strumaresektion vorgenommen und schliesslich einige Jahre danach wegen Magenschmerzen und Malaena eine Gastro-Enterostomie durchgeführt, ohne dass sich für das vermutete Magenulcus ein pathologischer Befund ergeben hätte (42).

5 Patienten waren vor der Klinikaufnahme bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung gewesen: 2 Patienten wegen der Anorexia nervosa (26, 44), 2 weitere wegen psychogener Anfälle (8, 28), eine Patientin hatte sich wegen "mangelnder Gefühlsäusserung" und "Gehemmtsein" in Behandlung begeben (43). Doch war die Dauer der Behandlung von kurzer Zeit gewesen bzw. nach einigen Wochen von den Patienten abgebrochen worden.

Auf Grund der Amenorrhoe waren einige Patienten gynaekologisch untersucht worden. In 3 Fällen hatte man einen hypoplastischen Uterus diagnostiziert (2, 6, 24). 2 Patienten waren operiert worden: bei der einen Patientin wegen einer Ovarialcyste (47), bei der anderen wegen chronischer Adnextumoren (30). In 6 Fällen war der Zyklus vor der Klinikaufnahme durch Hormone in Gang gebracht worden (2, 9, 11, 12, 29, 44).

# g) K r a n k h e i t s v e r l a u f :

Präzise Angaben über den VERLAUF und die PROGNOSE der Krankheit müssen k a t a m n e s t i s c h e n Untersuchungen vorbehalten bleiben. Hier sei nur gesagt, dass die Krankheit in 14 Fällen (fast ein Drittel der Patienten) einen c h r o n i s c h e n Verlauf zeigte. Die Krankheitsdauer betrug bei diesen Patienten 3 bis 17 Jahre (Fälle 9, 34, 35, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50).

Bei den anderen Patienten handelte es sich um a k u t e Erkrankungsfälle.

Eine Patientin v e r s t a r b (31).

Zu bemerken ist in einem Fall der Übergang in eine P s y c h o s e (13). Bei dieser 20-jährigen Patientin lag vor dem Auftreten der psychotischen Symptomatik eine klassische Anorexia nervosa vor. Während der folgenden psychotischen Schübe bestanden die Anorexia nervosa Symptome weiter.

Tabelle 16: Verlauf der Krankheit

|                      | Patientin |
|----------------------|-----------|
| Akut-Erkrankungen    | 34        |
| Chronischer Verlauf  | 14        |
| Tödlicher Ausgang    | 1         |
| Übergang in Psychose | 1         |

Es scheint, dass die E r k r a n k u n g s d a u e r nicht ohne Einfluss auf den B e - h a n d l u n g s e r f o l g i s t . So lässt sich für die a k u t e n Erkrankungsfälle (vorwiegend Patienten der Kerngruppe, Pubertätsmagersucht) mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 1 Jahr eine g ü n s t i g e r e P r o g n o s e stellen.

Tabelle 17 :  
ART DER BEHANDLUNG

| Fall Nr. | Untersuchungsalter | Untersuchungsgewicht | Psychotherapie | Autogenes Training | Infusionen | Roborierung | Insulin | Cortison | Sexualhormone | Sedierung | Pharmakotherapie | Behandlungsdauer ( Wochen ) | Ambulante Weiterbehandlung | Behandlung abgebrochen | BEHANDLUNGSERFOLG | körperlich | psychisch | Wiederauftreten der Menstruation | Rezidiv |
|----------|--------------------|----------------------|----------------|--------------------|------------|-------------|---------|----------|---------------|-----------|------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------|------------|-----------|----------------------------------|---------|
| 1        | 15                 | 43,2                 | +              |                    |            | +           | +       |          |               | +         | +                | 15                          | +                          | +                      |                   | ++         | +         | +                                | +       |
| 2        | 21                 | 43,5                 | +              |                    |            |             |         | +        |               |           |                  | 15                          | +                          |                        |                   | +          | +         |                                  |         |
| 3        | 14,9               | 34                   | +              |                    | +          | +           | +       | +        |               | +         |                  | 10                          | +                          |                        |                   | +          | +         |                                  | +       |
| 4        | 14,8               | 33,3                 | +              |                    |            | +           | +       | +        |               |           |                  | 14                          | +                          |                        |                   | ++         | ++        |                                  |         |
| 5        | 15                 | 41,9                 | +              |                    | +          | +           | +       |          |               |           |                  | 12                          |                            |                        |                   | ++         | ++        |                                  |         |
| 6        | 14,4               | 48,7                 | +              |                    |            | +           | +       | +        |               | +         |                  | 28                          | +                          |                        |                   | -          | ++        |                                  |         |
| 7        | 19,3               | 32,5                 | +              |                    | +          | +           | +       |          |               |           |                  | 20                          | +                          |                        |                   | ++         | ++        |                                  |         |
| 8        | 15,2               | 28                   | +              |                    | +          | +           | +       |          |               | +         |                  | 18                          | +                          |                        |                   | +          | +         |                                  | +       |
| 9        | 21                 | 52                   | +              |                    |            | +           | +       |          |               |           |                  | 5                           |                            | +                      |                   | ++         | ++        |                                  | +       |
| 10       | 17,3               | 49,5                 | +              |                    | +          |             |         |          |               | +         |                  | 10                          |                            | +                      |                   | ±          | +         |                                  |         |
| 11       | 16,5               | 27,2                 | +              |                    | +          | +           | +       | +        | +             | +         |                  | 6                           |                            | +                      |                   | +          | +         |                                  |         |
| 12       | 15,5               | 45,5                 |                |                    |            | +           |         |          | +             |           |                  | 12                          |                            |                        |                   | ++         | ++        |                                  |         |
| 13       | 21                 | 40,5                 |                |                    |            |             |         |          |               |           | +                | 8                           |                            |                        |                   | +          | +         |                                  | +       |
| 14       | 16                 | 55,4                 | +              |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 6                           | +                          |                        |                   | ++         | ++        |                                  |         |
| 15       | 18,5               | 53,9                 | +              |                    |            | +           |         |          |               |           |                  | 7                           | +                          |                        |                   | ±          | +         |                                  |         |
| 23       | 24,9               | 30,8                 | +              |                    | +          | +           |         | +        |               |           |                  | 11                          |                            | +                      |                   | +          | +         |                                  | 3       |
| 24       | 27                 | 40,5                 | +              |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 5                           | +                          |                        |                   | -          | +         |                                  |         |
| 26       | 21,7               | 29                   | +              |                    |            |             |         |          |               |           |                  |                             |                            |                        |                   | +          | +         | +                                |         |
| 27       | 25,4               | 31,2                 | +              |                    |            |             |         |          |               | +         | +                | 5                           |                            | +                      |                   | +          | ±         |                                  |         |
| 28       | 26,5               | 41,6                 |                |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 1                           |                            | +                      |                   | -          | ±         |                                  |         |
| 29       | 22,6               | 34,5                 | +              |                    |            |             |         |          |               | +         |                  | 1                           | +                          |                        |                   | ±          | +         |                                  |         |
| 30       | 29                 | 46,3                 | +              |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 5                           |                            | +                      |                   | +          | ±         |                                  |         |
| 31       | 31                 | 24,7                 |                |                    | +          | +           |         | +        |               |           |                  | 9                           |                            |                        |                   | +          |           |                                  |         |
| 32       | 23,2               | 51,4                 | +              |                    |            | +           |         |          |               |           |                  | 8                           | +                          |                        |                   | +          | ±         |                                  |         |
| 33       | 26                 | 42,5                 | +              |                    |            |             |         |          | +             | +         |                  | 9                           | +                          |                        |                   | ±          | +         |                                  |         |
| 34       | 25,4               | 48                   |                | +                  |            | +           | +       | +        |               |           |                  | 23                          |                            |                        |                   | +          | +         |                                  |         |
| 35       | 25,5               | 38,7                 | +              |                    |            |             |         |          |               | +         | +                | 6                           |                            |                        |                   | ±          | ±         |                                  |         |
| 36       | 20,6               | 46,1                 | +              |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 2                           | +                          |                        |                   | ±          | +         |                                  |         |
| 37       | 23,2               | 41,6                 | +              |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 6                           |                            | +                      |                   | +          | ±         |                                  |         |
| 41       | 48,5               | 30,1                 | +              |                    | +          |             |         |          |               |           |                  | 8                           | +                          |                        |                   | +          | ±         |                                  |         |
| 42       | 29                 | 48,3                 |                |                    |            | +           |         |          |               |           |                  | 3                           |                            | +                      |                   | -          | ±         |                                  |         |
| 43       | 34,7               | 38,6                 |                |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 5                           | +                          |                        |                   | +          | +         |                                  |         |
| 44       | 33                 | 45,5                 | +              |                    |            |             |         | +        |               |           |                  | 8                           | +                          |                        |                   | +          | +         |                                  |         |
| 45       | 40,7               | 36                   | +              |                    |            | +           | +       | +        |               |           |                  | 16                          |                            |                        |                   | ±          | +         |                                  |         |
| 46       | 43,5               | 49,2                 | 3              |                    |            | +           |         |          |               |           |                  | 19                          |                            | +                      |                   | ±          | +         |                                  |         |
| 47       | 29                 | 41,7                 |                |                    |            | +           |         |          |               |           |                  | 2                           |                            |                        |                   | ±          | ±         |                                  |         |
| 48       | 31                 | 44                   | +              |                    |            |             |         |          |               | +         |                  | 6                           |                            |                        |                   | +          | ±         |                                  |         |
| 49       | 38,8               | 40                   |                |                    |            | +           |         |          |               |           |                  | 11                          |                            |                        |                   | ++         | +         |                                  | +       |
| 50       | 45,8               | 35,4                 |                |                    |            |             |         |          |               |           |                  | 28                          |                            |                        |                   | +          |           |                                  |         |

ZEICHENERKLÄRUNG :

- ++ mit gutem Erfolg gebessert
- + gebessert
- ± unverändert
- verschlechtert

#### 4 - THERAPIE

Von 50 Patienten wurden 39 behandelt. 3 weitere Patienten waren nur kurzfristig aufgenommen. Sie verliessen die Klinik noch am Aufnahmetag. 8 Patienten wurden ambulant untersucht; sie konnten sich zu einer Behandlung nicht entschliessen.

Es sei vorweggenommen, dass bei 8 Patienten, die extrem abgemagert zur Aufnahme gekommen waren, zunächst eine "Akutbehandlung" mit Glucose-, Elektrolyt- und Calorosedösungen notwendig wurde. Wenn die Patienten keine akuten Erscheinungen der Unterernährung zeigten, war die Behandlung auf eine Abkehr vom Zwang gerichtet: die abnormen Essgewohnheiten wurden übergangen, auf eine Gewichtszunahme scheinbar kein gesteigerter Wert gelegt. Aber das Körpergewicht wurde wöchentlich bestimmt. Auf Grund ihrer ablehnenden Haltung war es bei 8 Patienten nicht zu vermeiden, dass sie zuerst weiter an Gewicht verloren. Es wurde dann Mastkost oder Sondennahrung notwendig. Insgesamt bekamen 9 Patienten Mastkost, 4 bevorzugten flüssige Sondennahrung, alle übrigen Patienten erhielten normale Vollkost.

Zusätzlich wurde bei 10 Patienten versucht, mit täglichen kleinen Insulindosen zu stimulieren. 8 Patienten erhielten Cortison.

Psych o t h e r a p e u t i s c h e Massnahmen standen im Vordergrund der Behandlung. Doch fehlte - infolge der den Kranken eigentümlichen Ablehnung - in 10 Fällen die Voraussetzung für eine psychische Therapie: 7 Patienten hielten an ausführlichen Schilderungen ihrer Symptomatik fest und versuchten durch Rationalisierungen von der intrapsychischen Thematik abzulenken. Weiter wurde von 3 Patienten eine Behandlung überhaupt abgelehnt.

Eine Psychotherapie wurde in 29 Fällen durchgeführt. Davon wurden 22 Patienten - nach einer psychotherapeutischen Behandlungsdauer von durchschnittlich 9 Wochen - a m b u l a n t weiter behandelt.

In 8 Fällen war wegen Rezidivgefahr bei der Rückkehr ins elterliche Milieu eine vorübergehende Trennung von der Familie durch H e i m u n t e r b r i n g u n g vereinbart (6, 8, 10, 14, 23, 24, 26, 46).

So weit wie möglich wurde versucht, auch die E l t e r n zur psychotherapeutischen Behandlung mit hinzuzuziehen, wenn auch nur insofern, als man ihnen durch Gespräche die unbewusste Mitverantwortung an der Krankheit aufdeckte.

Es sei noch erwähnt, dass insgesamt 9 Patienten mit T a x i l a n oder anderen Phenothiazinpräparaten behandelt wurden.

Im Hinblick auf die Amenorrhoe wurde in 5 Fällen eine H o r m o n b e h a n d l u n g durchgeführt.

Tabelle 18: Therapie

| Gruppe  | Psychotherapie | keine Psychotherapie |
|---------|----------------|----------------------|
| I       | 13             | 2                    |
| II      | 11             | 3                    |
| III     | 5              | 5                    |
| Ges. 39 | 29             | 10                   |

#### T h e r a p i e e r f o l g :

Der Erfolg der Behandlung richtete sich nach

1. Einstellung zur Nahrungsaufnahme
2. Psychisches Verhalten
3. Wiederauftreten der Menstruation.

Dabei wurde nach folgenden Kriterien beurteilt:

#### A. Körperlich:

Mit gutem Erfolg gebessert galten Patienten, bei denen die Einstellung zur Nahrungsaufnahme normalisiert war.

Bei ihnen zeigte sich eine ständige Zunahme des Körpergewichtes.

Als "mässig gebessert" wurde bezeichnet, wenn die Patienten spontan assen, der Widerstand gegen die Nahrung jedoch nicht ganz beseitigt war.

Bei den unter "unverändert" oder "verschlechtert" registrierten Fällen war die Einstellung zur Nahrungsaufnahme zur Zeit der Entlassung weiterhin gestört oder die Patienten hatten während des Klinikaufenthaltes noch an Gewicht verloren.

#### B. Psychisch:

Als "stabilisiert" galten Patienten, die eine augenscheinliche Anpassung an die Umwelt zeigten, eine Antriebssteigerung, sowie eine lebensbejahende Einstellung.

Die unter "gebessert" genannten Patienten schienen in ihrem Ausdrucksverhalten gelockert. Der Antrieb war bei ihnen noch vermindert.

Als "unverändert schlecht" galten die Fälle, bei denen die Behandlung ohne erfolgreichen Einfluss auf das psychische Verhalten geblieben war.

Tabelle 19: Therapieerfolg

|                                  |                            | Pat. |
|----------------------------------|----------------------------|------|
|                                  |                            |      |
|                                  | mit gutem Erfolg gebessert | 8    |
| körperlich                       | mässig gebessert           | 17   |
|                                  | unverändert                | 9    |
|                                  | verschlechtert             | 4    |
|                                  | verstorben                 | 1    |
| psychisch                        | stabilisiert               | 9    |
|                                  | gebessert                  | 19   |
|                                  | unverändert schlecht       | 10   |
|                                  | verstorben                 | 1    |
| Wiederauftreten der Menstruation |                            | 3    |

Wie aus der Tabelle hervorgeht, galten 25 Patienten hinsichtlich der Einstellung zur Nahrungsaufnahme und Gewichtszunahme als gebessert. Dagegen konnte von den restlichen 14 Patienten nicht ausgesagt werden, dass es gelungen war, das Symptom "Anorexie" zu beseitigen.

Das psychische Verhalten konnte ebenfalls bei 28 Patienten als gebessert angesehen werden. Von diesen 28 Patienten schienen 8 psychisch stabilisiert. Unter diesen 8 Patienten konnten 6 auch in ihrer Einstellung zur Nahrungsaufnahme als normalisiert bzw. als g e h e i l t angesehen werden (4, 5, 7, 9, 12, 14).

Weitere 13 Patienten galten sowohl körperlich als auch psychisch gebessert (1, 2, 3, 8, 11, 13, 23, 26, 34, 43, 44, 49, 50). Es liess sich also - mit aller Vorsicht - in 19 F ä l l e n von einem s e h r g u t e n bis g u t e n B e h a n d l u n g s e r f o l g sprechen (= 50%).

In 5 Fällen musste das Ergebnis körperlich und psychisch als u n v e r ä n d e r t oder v e r s c h l e c h - t e r t bezeichnet werden (= 12 %) (28, 31, 35, 42, 47). Eine dieser Patienten verstarb nach 10-tägigem Klinikaufenthalt (31).

Die übrigen 15 Patienten waren m ä s s i g g e b e s s e r t (= 38%) (6, 10, 15, 24, 27, 29, 30, 32, 33, 36, 37, 41, 45, 46, 48). Bei ihnen fehlte eine Gewichtszunahme oder es bestanden noch psychische Störungen.

Zum Wiederauftreten der M e n s t r u a t i o n ist zu sagen, dass die Periode nur bei 2 Patienten spontan wieder einsetzte; und zwar mit den ersten Anzeichen einer Gewichtszunahme. Bei beiden Patienten betrug das Körpergewicht noch weniger als 50 kg. (1, 26).

Tabelle 20: Therapieerfolg - Altersgruppen

| Gruppe | geheilt | gebessert | mässig<br>gebessert | unverändert<br>verschlechtert |
|--------|---------|-----------|---------------------|-------------------------------|
| I      | 6       | 6         | 3                   |                               |
| II     |         | 3         | 8                   | 3                             |
| III    |         | 4         | 4                   | 2                             |
| Ges.   | 6       | 13        | 15                  | 5                             |

Es ist noch zu bemerken, dass insgesamt 11 Patienten die Behandlung v o r z e i t i g abgebrochen hatten. Davon wurden 3 Patienten von den Eltern aus der Behandlung genommen (10, 11, 23): weil die Mutter die Abmagerung ihrer Tochter für eine "Marotte", einen Suicidversuch als "Bachfischstreich" erklärte oder, weil man "das Kind nicht quälen sollte".

In 7 Fällen war es zu einem R e z i d i v gekommen. Diese Patienten waren als gebessert entlassen worden. Das Intervall bis zum Rezidiv betrug 3 Wochen bis zu 11 Jahren. Nach einer zweiten Behandlung konnten 6 Patienten als gebessert angesehen werden. Eine Patientin befindet sich nach wiederholten Behandlungen zur Zeit noch in der Klinik (13).

Inwieweit eine Besserung durch Psychotherapie oder in Zusammenhang mit anderen therapeutischen Massnahmen eintrat, lässt sich schwer beurteilen. Es schien, dass bei einigen Patienten das Zusammentreffen mehrerer wirksamer Faktoren zu einer auffälligen Wandlung führten. Als Beispiel mag die Patientin 7 angeführt sein, die eine Besserung in bezug auf ihre körperfeindliche Einstellung nach einer psychotherapeutischen Behandlungsdauer von nur 5 Wochen zeigte und die nach der Entlassung gesundete, als ihre Mutter - die den "tyranisme alimentaire" der einzigen Tochter nicht mehr ertrug - eine Reise antrat.

- B -

## KRANKENGESCHICHTEN - ÜBERSICHT

Fälle 1 - 22 = Gruppe I

Fälle 23 - 40 = Gruppe II

Fälle 41 - 50 = Gruppe III

### FALL 1

Prämorbiges Gewicht: -

Aufnahmegewicht: 43,2 kg

Untersuchungsalter: 15 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 3. Kind 1940 geboren. Sie galt als Nachzügler. Nach Angabe der Mutter war sie nicht erwünscht, da der Vater als Soldat eingezogen und die Mutter mit den Kindern allein stand. Stets ein ängstliches Kind, war sie früh sauber, sogar etwas penibel und eigen. In dem Wunsch, ein Junge zu sein, interessierte sie sich für diese Erlebniswelt unter Ablehnung alles Mädchenhaften. An der Mutter hing sie sehr, sie fühlte sich bei ihr geborgen und verwöhnt.

#### Jetzige Erkrankung:

Seit dem 14. Lebensjahr sei eine besondere Apathie, sowie häufiges Weinen und Appetitlosigkeit aufgefallen. Innerhalb eines Monats habe sie 5 kg Gewicht verloren. Ausserdem traten eine Obstipation und Amenorrhoe auf. die Patientin selbst bezeichnete sich als "tot und abgestorben" und äusserte, dass sie Angst habe, bestraft zu werden. Während sie früher eine sehr gute Schülerin gewesen war, liessen ihre Leistungen nach. Nach kurzem Aufenthalt in einer Kinderklinik, wo eine "Pubertätsdepression" festgestellt wurde, kam die Pat. mit 15 Jahren zur Aufnahme.

### Klinischer Verlauf:

Während der 15-wöchigen Behandlung kam es zur raschen Besserung. Nach 4 Wochen traten die Menses erstmals wieder auf. Bei den Explorationen brachte die Pat. Versündigungs- und paranoide Beziehungsideen, in denen sie sich beobachtet fühlte, sowie eine tiefgreifende psychische Problematik mit infantiler Mutterbindung.

In Anbetracht der bei der sehr verschlossenen Pat. länger dauernden Behandlung wurde eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung vereinbart, die - nach weiterer Besserung des Zustandsbildes - von Seiten der Pat. nach 27 Behandlungsstunden abgebrochen wurde.

Nach 7 Jahren erfolgte eine 2. Klinikaufnahme. Die jetzt 22-jährige Pat. klagte stereotyp über Interesse- und Kontaktlosigkeit. Sie war wieder anorektisch, obstipiert und nahm heimlich grosse Mengen Abführmittel.

Die klinischen psychotherapeutischen Bemühungen wurden medikamentös durch Taxilan erleichtert, und die Pat. konnte nach 12 Wochen - erheblich gebessert - entlassen werden.

### FALL 2

Prämorbides Gewicht: 75 kg  
Aufnahmegewicht: 43,5 kg  
Untersuchungsalter: 21 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wuchs als einziges Mädchen neben einem älteren und drei jüngeren Brüdern in einem Pfarrhaushalt auf. Schon früh mussten die Kinder die erheblichen Ansprüche auf Rücksichtnahme des Vaters respektieren, der nach einer ausgeheilten Lungen- und Darmtbc das Lebens eines "Gesundheitsapostels"

führte. Er galt als zwanghaft pedantisch und habe sich in der Familie durch Anwendung moralischen Druckes durchgesetzt. Die Mutter sei "energisch", "nervös" und "wenig zärtlich". Sie arbeitete als Theologin in der Gemeinde des Vaters aktiv mit, so dass die Pat. häufig einem Dienstmädchen überlassen war.

Die frühkindliche Entwicklung der Pat. war unauffällig. Sie war ein dickes und ruhiges Kind. Später habe sie sich viel mit ihren Brüdern "herumgeboxt", war aber selbst den jüngeren gegenüber immer unterlegen. Vom Vater sei sie gern als Vorbild in Bezug auf Fleiss und gutes Betragen hingestellt worden, was sie zwar positiv empfand, darin aber auch eine Geringschätzung und Gegenüberstellung zu den Brüdern erlebte. Während die Pat. um die Zuneigung ihres älteren Bruders stets sehr geworben hatte, blieb die Beziehung zwischen ihnen gering.

Ihre anfangs ausgezeichneten Schulleistungen wurden nach dem 13. Lebensjahr schlechter. Mit 18 Jahren machte sie Abitur und studierte wie der ältere Bruder Kirchenmusik

#### Jetzige Erkrankung:

Mit 13 Jahren (Menarche) empfand sie Kontaktschwierigkeiten und das Gefühl, ganz allgemein gehemmt zu sein. Sie wollte das Gegenteil von lieb und nett sein und versuchte, gegen das väterliche Regime und das Klischee der braven Eigenschaften zu opponieren, indem sie sich gegenteilig verhielt. In der Schule wurde sie faul, ging spät ins Bett und während Nichtrauchen zu Hause für eine Gesundheitshaltung galt, rauchte sie stark. Zu dieser Zeit habe sie sehr viel gegessen und ein Körpergewicht von 75 kg gehabt.

Mit 15 Jahren hatte sie eine erste Freundschaft, die bald von seiten des Jungen abgebrochen wurde. Zu dieser Zeit setzte die Magersuchtsymptomatik ein: Appetitlosigkeit, Amenorrhoe, Obstipation. Bei einer klinischen Untersuchung wurde lediglich eine Magensenkung diagnostiziert.

Mit 20 Jahren wurde die Appetitlosigkeit stärker und sie verlor innerhalb kurzer Zeit 14 kg Gewicht. Auch trat ein excessiver Waschzwang auf. Trotz Arbeitsehrgeiz musste sie wegen Konzentrations- und Leistungsschwäche ihr Studium unterbrechen.

#### Klinischer Verlauf:

Während die Pat. anfangs einen Klinikaufenthalt ablehnte, gelang es, sie für eine psychotherapeutische Behandlung zu gewinnen. Ihre Schilderungen und Erlebnisdarstellungen liessen eine starke Ambivalenz erkennen. Nach 15 Wochen war das Befinden einigermaßen zufriedenstellend, so dass sie aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte, bei Vereinbarung einer ambualten Weiterbehandlung.

#### FALL 3

Prämorbidcs Gewicht: 50 kg  
Aufnahmegewicht: 34 kg  
Untersuchungsalter: 14.9 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Der Vater war Kaufmann. Als einiges Kind wurde die Pat. von den Eltern sehr verwöhnt. Sie wurde ca. 1 Jahr gestillt, war früh sauber und ass schon als Kleinkind wenig. Sie sei immer gern allein gewessen oder habe mit Jungens umhergetobt. In der Schule galt sie als eine mittelmässige Schülerin.

#### Jetzige Erkrankung:

Mit 14 Jahren trat während einer Ferienreise mit den Eltern stärkere Obstipation auf. Auf eine Bemerkung von seiten ihrer Klassenkameraden, dass sie dick sei, habe sie schlagartig nicht mehr gegessen und innerhalb von 2 Monaten ca. 15 kg Gewicht verloren. Sie hatte keinen Appetit und gab auch an,

manchmal keinen Geschmack zu haben. Sie kochte für die Eltern, ohne dann selbst davon zu essen. Auch erbrach sie ständig Schleim. Die Menarche war bei der 14-jährigen Pat. noch nicht eingetreten.

Es fiel auf, dass sie ordentlich und geizig wurde. Ihre Schulleistungen verschlechterten sich. Oft war sie traurig. Sie äusserte, dass sie nur noch schlafen möchte, gar nicht mehr aufwachen wolle, am liebsten vereist werden möchte. Auch sei sie kein Mädchen, sondern ein Kind und sie werde keine Frau, sondern ein Junge. Sie lehnte es ab, wie andere Mädchen in ihrer Klasse auszusehen und trug selbst noch Kinderhemdchen. Auch wehrte sie die Zärtlichkeiten der Eltern jetzt ab und erklärte, sie wolle von den Eltern fort zu fremden Menschen. Ein Tag vor der Klinikaufnahme kam es zu heftigen Beschimpfungen der Mutter: Sie sei nicht ihre Mutter, sondern eine fremde Frau. Dabei halluzinierte sie und sah einen kleinen Mann, der sie angrinste.

#### Klinischer Verlauf:

Nach einer ersten Behandlungsphase wurde die 14-jährige Patientin nach 10 Wochen entlassen, musste jedoch einen Monat später wegen eines Rückfalles wieder aufgenommen werden. In psychotherapeutischen Gesprächen wurde die Tendenz, Kind bleiben zu wollen, deutlich, sowie das Problem einer fehlenden Identifizierung mit der Mutter. Im Laufe der insgesamt 18-wöchigen Behandlung distanzierte sie sich von ihrer Fehleinstellung und konnte mit einem erheblichen Gewichtsanstieg zur ambulanten Weiterbehandlung durch die Klinik entlassen werden.

#### FAIL 4

Prämorbidcs Gewicht: 57 kg  
Aufnahmegewicht: 33,3 kg  
Untersuchungsalter: 14 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Heredität: Es wird eine Tante genannt, die in einer Heilanstalt gestorben sei. Über die Krankheitsursache konnte von den Angehörigen keine Angabe gemacht werden. Die Mutter der Pat. leidet unter Phobien.

Die Pat. wurde als 3. Kind 1945 geboren. Die Mutter sei weich und wenig zärtlich. Ihr Vater, von Beruf Diplom-Ingenieur, sei sehr pflichtbewusst, streng und habe von der Tochter immer ein braves Verhalten und gute Leistungen verlangt.

Sie verstand sich gut mit ihrem um 10 Jahre älteren Bruder, der sich frühzeitig von der Familie abgesetzt habe, da er sich zu "bewacht" fühlte.

Die Pat. wurde etwa 3 Monate gestillt. Bei der Entwöhnung habe sie mit Erbrechen reagiert. Sie sei ein fröhliches Kind gewesen. Mit Puppen habe sie nicht gespielt, sondern lieber mit Jungens. Überhaupt habe sie sich wie ein "halber Junge" gefühlt.

### Jetzige Erkrankung:

Mit 14 Jahren lief sie - bei einem Ferienaufenthalt - den Eltern fort und kehrte erst nach einigen Tagen auf eine Suchanzeige zurück. Sie habe ihr Fortgehen damit erklärt, dass sie den Zwang in der Familie nicht länger habe ertragen können. Kurze Zeit später habe sie sich in der Schule für den sprachlichen oder mathematischen Zweig entscheiden müssen, was ihr sehr schwer gefallen sei. Zu dieser Zeit blieben die Menstruationen aus. Während der Mahlzeiten habe sie wenig gegessen, doch sei aufgefallen, dass sie häufig genascht habe.

Nach Untersuchung in einer inneren Klinik kam sie 1959 unter der Diagnose Anorexia nervosa zur Aufnahme.

### Klinischer Verlauf:

Die 14-jährige Pat. wog 33,3 kg. Sie verweigerte anfangs die Nahrung, doch wurde beobachtet, dass sie zuweilen Unmengen ass, was zumeist heimlich geschah. Die Behandlung bestand vorwiegend in psychoanalytisch orientierten Gesprächen.

Nach 14 Wochen war eine Gewichtszunahme von 13 kg erreicht. Psychisch schien die Pat. weitgehend aufgeschlossen. Sie wurde in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Die Prognose erscheint günstig.

### FALL 5

Prämorbidetes Gewicht: 52 kg

Aufnahmegewicht: 40 kg

Untersuchungsalter: 15 kg

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Pat. ist das einzige Kind. Sie wurde nach 13-jähriger Ehe geboren. Der Vater war kaufmännischer Angestellter, 30 % kriegsbeschädigt. Die Familie musste bescheiden leben. Das Familienleben sei harmonisch gewesen. Sie Pat. habe sehr an den Eltern gehangen, besonders an der Mutter, die ihre Vertraute war.

In der Kindheit war sie lebhaft, manchmal zeigte sie sich eigenwillig. Sie hatte viele Freundinnen. Mit 13 Jahren bekam sie ihre erste Periode. Nach 3 Monaten setzte die Periode wieder aus.

### Jetzige Erkrankung:

Mit 14 Jahren wog sie 52 kg. Sie ass gern. Auf eine Bemerkung,

sie solle nicht so viel essen, sonst sähe sie bald aus wie ihre dicke Mutter, begann sie weniger zu essen. Manchmal ass sie heimlich. Sie wollte "schlank" sein und erklärte, wenn man schlank sei, hätte man "bevorzugte Chancen".

Sie wurde still und weinte häufig. Nach einigen Monaten hatte sie 12 kg abgenommen.

#### Klinischer Verlauf:

Bei der Aufnahme gab die 15-jährige Pat. an, dass sie sich "seelisch krank" fühle. Sie habe Angst vor dem Essen, Angst, dicker zu werden. Von dieser Angst wolle sie befreit werden.

Da anfangs kein gesteigerter Wert auf eine Gewichtszunahme gelegt wurde, nahm sie zunächst 2 weitere kg ab. Doch war sie dann distanziert und ass nach einigen Wochen spontan. Nach 12 Wochen konnte sie psychisch gebessert und mit einer Gewichtszunahme von 3 Pfund entlassen werden. Die Prognose scheint günstig.

#### FALL 6

Prämorbidetes Gewicht: 60 kg  
Aufnahmegewicht: 48,7 kg  
Untersuchungsalter: 14 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Heredität: Eine Schwester des Vaters litt an Depressionen, ebenso die Mutter der Patientin.

Die Pat. stammt aus einer Pfarrersfamilie. Sie ist die Jüngste von 3 Kindern. Ihre beiden Brüder sind ein bzw. drei Jahre älter. Als Kind sei sie fröhlich gewesen. Sie spielte nie mit Puppen, lieber mit Jungen und konkurrierte mit ihrem älteren Bruder, der sie stets kommandierte und dem sie durch "Kraftproben" zu imponieren versuchte. Sie bildete sich

ein, ein Junge zu sein, verlangte "Siegfried" genannt zu werden und unterschrieb Briefe an die Eltern mit einem "Euer Junge". In der Schule galt sie als beste und sehr ehrgeizige Schülerin. Sie hatte nie ein sehr gutes Verhältnis zur Mutter, die weich und den Kindern gegenüber immer sehr besorgt war.

#### Jetzige Erkrankung:

Die Symptomatik begann mit 14 Jahren. Von der Familie war sie öfter "Dicke" gerufen worden, was sie sehr ärgerte. Während eines Ferienaufenthaltes mit den Eltern sei aufgefallen, dass sie zunehmend lustlos und stiller wurde. Sie ass weniger, schliesslich nur noch trockenes Knäckebrot. Zur gleichen Zeit traten eine Obstipation und Amenorrhoe auf. Sie äusserte, dass sie sterben wolle, es habe keinen Sinn zu leben. Ausserdem sei sie ein Junge und kein Mädchen.

Sie wurde zweimal klinisch untersucht und - ohne Erfolg - behandelt (Diagnose: endogene Depression in der Pubertät; Anorexia nervosa).

#### Klinischer Verlauf:

Die 14-jährige Patientin kam mit der klassischen Symptomatik einer Pubertätsmagersucht in die Klinik. In psychoanalytisch orientierten Gesprächen wurde versucht, die bestehende Problematik anzugehen, wobei eine Regressionstendenz und excessive Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle den psychodynamischen Hintergrund bildeten.

Entsprechend der ablehnenden Haltung der Nahrungsaufnahme gegenüber kam es anfangs zu einer weiteren Gewichtsabnahme, so dass Füttern nötig wurde. Sie hatte Angst zu essen, Angst, dass ihr übel werden könnte. Gleichzeitig betonte sie den Willen, gesund werden zu wollen, sowie die Bitte, ihr die Angst vor dem Essen zu nehmen. Während des Klinikaufenthaltes bot sie ein unruhiges Verhalten mit Schreien, Wälzen,

motorischen Aktionen.

Nach 7 Monaten war sie psychisch aufgelockerter, das Verhalten zur Nahrung aber noch unausgeglichen. Es wurde eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung durchgeführt, ausserdem vorübergehende Herausnahme aus der Familie und Unterbringung in einem Mädchenheim erwogen.

#### FALL 7

Prämorbidcs Gewicht: 67 kg  
Aufnahmegewicht: 32,5 kg  
Untersuchungsalter: 19 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als Nachzügler 1939 geboren. Ein Bruder ist 15 Jahre älter. Sie war der Liebling des Vaters, der von den Russen "verschleppt" wurde, als die Patientin 6 Jahre alt war. Um die Erziehung der Pat. kümmerten sich jetzt die Mutter, die als Wirtschafterin arbeitete, deren Mutter, sowie eine Freundin der Mutter, die zusammen in einem Haushalt lebten. Sie habe sehr an der Mutter gehangen und unzufrieden reagiert, wenn jemand Fremdes kam und ihr die Mutter "streitig" machte.

Schon früher traute sie sich bei Kindergeburtsagen nicht zu essen, auch fürchtete sie, zu langsam oder zu schnell zu essen. Menschen, die viel essen, fand sie haltlos und gierig.

Zur Zeit der Menarche - mit 14 Jahren - habe sie sehr auf ihre erste Periode gewartet, sie habe dann das Gefühl gehabt, endlich ist man eine Frau.

Während des Aufklärungsunterrichtes in der Schule war sie - wie sie sagte - "tagelang k.o.", als sie einen Embryo in Spiritus sah. Zu dieser Zeit war sie auch zufällig Zeuge einer Bettszene geworden, worauf sie entsetzt gebetet

hatte, dass ihr "derartiges erspart" bleiben möge.

Vor der Erkrankung war sie pummelig. Mit 15 Jahren wirkte sie bereits wie eine 18-jährige. Entsetzt hatte sie reagiert, als sie hörte, dass, wenn man dick sei, "Männer dafür" wären.

In der Schule war sie fleissig. Sie machte nach der Mittelschule an einer Fachschule das Wirtschaftsabitur.

#### Jetzige Erkrankung:

Ihre Aversion gegen alles Sexuelle verstärkte sich mit 17 Jahren, nach einer andeutungsweisen Begegnung mit ihrem Jugendfreund, mit dem sie heimlich verlobt war. Als der Freund sie einige Zeit später besuchte bzw. sich mit ihr verloben wollte, lehnte sie ihn ab und konnte es nicht ertragen, dass er sie berührte. Nach dem Zusammentreffen begann sie weniger zu essen, wie sie es nannte, um eine "Abmagerungskur" zu machen.

Als weiterer Faktor der sexuellen Thematik trat kurz danach ein Vorfall ein, dass eine Freundin, die vom Vater gravide war, Selbstmord beging. Seitdem Amenorrhoe, Obstipation und rapide Gewichtsabnahme von 23 kg innerhalb eines dreiviertel Jahres. Sie verweigerte das Essen unter Tränen, mochte aber besondere Genüsse, wie Krabben in Gelee und saures Obst. Zuweilen besorgte sie sich eine grosse Packung Konfekt, die sie dann gierig aufass.

Ausserdem konnte sie sich nicht mehr im Spiegel ansehen, liess in ihren Leistungen nach, häufig musste sie grübeln, meistens über das Essen.

In Gegenwart der Mutter sei ihr der Hals wie gleichsam zugeschnürt gewesen, wenn sie ass; sobald die Mutter jedoch fort war, wurde dies nicht mehr bemerkt. Sie empörte sich über Ratschläge der Mutter, die sie als "Gängelei" empfand, andererseits war sie froh, die Mutter bei sich zu haben.

Nach einer erfolglosen internistischen Behandlung (Diagnose:

Anorexia nervosa) kam sie mit 19 Jahren in hochgradig abgemagertem Zustand in die Klinik.

#### Klinischer Verlauf:

Bei der Aufnahme betonte sie ihren Willen, gesund werden zu wollen. Ohne dass die Essensthematik besonders berücksichtigt wurde, kam es zu einer langsamen ständigen Gewichtszunahme. Im Vordergrund der psychischen Problematik standen starke Fixierung an die Mutter bei Ambivalenzhaltung, sowie sexuelle Angst und Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle.

Nach 4 Wochen betrachtete sie sich wieder im Spiegel und äusserte den Wunsch, ihren Verlobten wiederzutreffen. Während einer Reise der Mutter trat sehr schnell eine weitere Besserung ein. Sie gewann ihre lebensbejahendere Einstellung wieder und konnte nach 20 Wochen als gebessert entlassen werden.

#### FALL 8

Prämorbid Gewicht: 54 kg  
Aufnahmegewicht: 28 kg  
Untersuchungsalter: 14 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Herediät: die Mutter der Mutter sei "nervenkrank" gewesen und in einer Heilanstalt gestorben; ebenfalls eine Schwester der Mutter. Eine genaue Krankheit konnte nicht eruiert werden.

Die Patientin ist 2. von 3 Mädchen. Der Vater, von Beruf Kaufmann, starb, als sie 5 Jahre alt war.

Die Mutter habe wenig Interesse für die Kinder gezeigt. Die Pat. habe sich ihr nie anvertrauen können. Sie habe immer das Gefühl gehabt, dass sie "mehr geliebt werden müsse".

Die Mutter habe häufig verschiedene Partnerbeziehungen gehabt. Oft sei es vorgekommen, dass die Kinder das Haus abgeschlossen fanden. Sie habe sich sehr geschämt, dass immer verschiedene Männer zu ihrer Mutter kamen.

Mit den Schwestern habe sie oft gestritten. Diese hätten sich besser mit der Mutter verstanden, da sie - wie die Patientin sagt - der Mutter durch ihre künstlerische Begabung imponierten.

Die Pat. wurde nicht gestillt, Sie habe als Säugling unheimlich "gefressen" und als das "Groschengrab der Familie" gegolten (ebenso als 8-jährige). In den ersten Jahren sei sie vorwiegend von einem sehr strengen Kindermädchen betreut und erzogen worden. Bei der - frühzeitigen - Sauberkeitserziehung hatte sie Affektkrämpfe. Bis zum 5. Lebensjahr nässte sie ein. Mit 2 Jahren sei sie noch nicht gelaufen und habe mit 3 Jahren noch nicht gesprochen. Bis zum 7. Lebensjahr stotterte sie. Lange Zeit bestand ein Pavor nocturnus. In der Schule habe sie mit Weinkrämpfen und Ohnmachtsanfällen reagiert, sobald sie nicht genügend Bestätigung fand. Mit 12 Jahren kam sie vorübergehend in psychologische Behandlung.

In der Schule sei sie sehr ehrgeizig gewesen. Freundinnen hatte sie keine. Mit 8 Jahren bemerkte sie, dass ihr Wunsch, geliebt zu werden, Freundschaften zu haben, sich auf Jungens bezog. Sie habe absichtlich ihren Rock hochfliegen lassen und beim Spielen Gefallen an körperlichen Berührungen empfunden. Auch spielten sexuelle Phantasien eine grosse Rolle. Sie habe sich daher masslos geschämt und gefürchtet, dass andere ihr "derartiges" ansehen könnten. In dieser Zeit zeigte sie eine starre Ordnungshaltung und besonderen Arbeitseifer.

#### Jetzige Erkrankung:

Eine schon im Kleinkindesalter vorhandene Obstipation trat mit 14 Jahren nach einer Blinddarmoperation verstärkt auf.

Die daher vorgeschlagene Diät nahm sie zum Anlass, sich von jetzt ab nur noch von Obst und Rohgemüse zu ernähren. Sie wollte hübsch und schlank werden und durch eine "ungewöhnliche Figur" auffallen. Ein Jahr danach, wog sie nur noch 28 kg.

Die Menarche war bei der 14-jährigen Patientin noch nicht eingetreten.

Sie entwickelte ein starkes Eigentumsgefühl. Auch wurde sie geizig. Sie wusch sich ständig und hatte das Argument, dass "Seife dem Körper Fett entziehe".

#### Klinischer Verlauf:

Trotz Kachexie zeigte die Pat. eine erstaunliche Vitalität und Lebendigkeit in ihren Äusserungen und ihre-r gesamten Psychomotilität. Nach anfänglichem Widerstand kam es zu einer ständigen Gewichtszunahme von ca. 2 kg pro Woche. Der Versuch einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung erwies sich jedoch bei der schweren Gestörtheit der Pat. als nicht angebracht, so dass eine Entfernung aus dem häuslichen Milieu als eine notwendige Voraussetzung erschien. Bis eine Heimbehandlung in Westdeutschenland geklärt war, wurde die Pat. vorübergehend entlassen, musste jedoch noch einmal aufgenommen werden, da es wieder zu einer Gewichtsabnahme gekommen war. Nach weiteren 16 Wochen konnte sie mit einem Gewicht von 47,4 kg entlas en werden. Doch ist die Prognose ungewiss.

#### FALL 9

Prämorbides Gewicht: 70 kg

Aufnahmegewicht: 1) 52 kg  
2) 35 kg

Untersuchungsalter: 1) 20 Jahre  
2) 33 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 2. von 3 Kindern geboren. Der kühlen und pflichtbewussten Haltung des Vaters stand eine weiche, ängstliche Besorgnis der Mutter gegenüber. Als Kind habe sie bereits erbrochen, sobald sie nicht genügend Bestätigung fand, z.B. in Situationen, in denen der Bruder bevorzugt wurde.

Sie sei eine ehrgeizige Schülerin gewesen. Auf Wunsch des Vaters wurde sie Kontoristin, obwohl sie lieber Kunstgewerblerin geworden wäre. Sie war im gleichen Unternehmen beschäftigt, in welchem ihr Vater Betriebsleiter war.

### Jetzige Erkrankung:

Mit 14 Jahren habe sie viel genascht und ca. 70 kg gewogen. Mit 18 Jahren habe sie - auf eine Auseinandersetzung mit dem Vater hin, die eine Strafversetzung im Betrieb zur Folge hatte - weniger gegessen. Es seien Magenschmerzen, Appetitlosigkeit sowie Amenorrhoe aufgetreten. Eine erste klinische Behandlung erfolgte mit gutem Erfolg mit 19 Jahren. Nach einer Verlobung (Patient der Klinik) und auf das sexuelle Drängen des Verlobten hin wurde mit 20 Jahren eine zweite klinische Behandlung notwendig.

13 Jahre später kam es zu erneuter Symptommanifestation, nachdem sie inzwischen geheiratet und ein Kind geboren hatte und seit 7 Jahren wieder geschieden war. Nach der Geburt waren ihre Menstruationen unregelmässig geworden, seit der Scheidung war sie wieder amenorrhöisch. Diesmal hatte die Symptomatik mit Diarrhoeen eingesetzt auf die Nachricht von einem - ungefährlichen - Unfall der Mutter.

### Klinischer Verlauf:

Die Symptome bei der 33-jährigen Patientin waren: extreme Abmagerung, Nahrungsablehnung bei zeitweiligem Heimlichessen,

Erbrechen, Diarrhoen, Amenorrhoe, sowie fast phobischer Rückzug und Alleinsein.

Im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung trat nach 22 Wochen eine deutliche Besserung im psychischen Verhalten ein. Wenngleich die Gewichtszunahme nur 2 kg betrug, wurde eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung durchgeführt.

#### FALL 10

Prämorbidcs Gewicht: -  
Aufnahmegewicht: 49,5 kg  
Untersuchungsalter: 17 Jahre

#### Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 8-Monatskind nach drei vorangegangenen Fehlgeburten geboren. Die Mutter habe sich immer sehr um sie gesorgt, zumal sie durch eine Hüftgelenksluxation körperlich behindert sei. Ihre Lebe habe mehr dem Vater gegolten, der mit beiden Beinen im Leben stehe und viel Humor habe. Sie sei ein lebhaftes, fröhliches Kind gewesen. Zahlreiche Operationen am Hüftgelenk, die erfolglos geblieben waren, hätten sie jedoch resignieren lassen.

#### Jetzige Erkrankung:

Sie habe erstmals als 4-jähriges Kind erbrochen, als die Mutter ihr versehentlich anstelle von Lebertran Flohgift gereicht habe. Zur gleichen Zeit sei sie an Keuchhusten erkrankt. Sie habe damals grosse Erstickungsangst gehabt. Mit 16 Jahren lehnte sie das Essen ab, da die Nahrungsaufnahme mit Angstgefühl und Brechreiz verbunden sei. Auf Ermahnungen der Mutter reagierte sie heftig und explosiv. Sie ass lediglich Milchspeisen. Zugleich traten Obstipation und Amenorrhoe auf.

### Klinischer Verlauf:

Mit 17 Jahren kam die Pat. in stark abgemagertem Zustand in die Klinik. Bei unbedingter Nahrungsverweigerung wurde zunächst Zufuhr von Infusionen und Sondennahrung notwendig. Psychologische Gespräche schienen nach 10 Wochen eine zunehmende psychische Stabilisierung zu bewirken. Wegen der starken Bindung an den Vater wurde die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung in Westdeutschland vorgeschlagen. Doch nahm der Vater die Pat. vorzeitig aus der Klinik, um zunächst den Versuch einer homöopathischen Behandlung zu machen. Bei der Nachricht, die Klinik verlassen zu müssen, trat nochmals Verschlechterung der Nahrungsaufnahme ein. Der Erfolg bei der Entlassung schien zweifelhaft.

### FALL 11

Prämorbidetes Gewicht: 55 kg  
Aufnahmegewicht: 27,2 kg  
Untersuchungsalter: 16 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 3. von 4 Kindern 1938 geboren. Der Vater war Regisseur, die Mutter Schauspielerin. Die Ene wurde geschieden, als die Patientin 8 Jahre alt war.

Mit einem halben Jahr sei sie in ein Kinderheim gekommen. Bis zum 7. Lebensjahr ist sie bei einem Onkel aufgewachsen. Bei der Rückkehr zur Mutter habe ihr das harmonische Familienleben, wie sie es beim Onkel gefunden hatte, sehr gefehlt. Ihre Mutter sei ihr fremd erschienen, eine "schöne Frau aus der grossen Welt", die sie bewundern, aber zu der sie kein Vertrauen finden konnte

### Jetzige Erkrankung:

Bis zum 12. Lebensjahr sei sie etwas dick gewesen. Angeblich auf eine Bemerkung des Vaters, dass er "nur schlanke Frauen liebe", habe sie abnehmen wollen. Sie habe das Essen eingeschränkt, doch oft genascht, Auch habe sie reichlich Abführmittel eingenommen. Mit 13 Jahren trat eine Amenorrhoe auf.

Nach rapider Gewichtsabnahme während der folgenden 3 Jahre wurde sie internistisch untersucht und als Pubertätsmagersucht in unsere Klinik verlegt.

### Klinischer Verlauf:

Bei einem Körpergewicht von 27,2 kg war die 16-jährige Patientin noch voller Unruhe und Bewegungsdrang. Während der psychoanalytischen Behandlung kam es zweimal zu einem demonstrativen Suicidversuch. Nach 6 Wochen trat eine erhebliche psychische Beruhigung und Gewichtszunahme von 11 kg ein. Doch wurde von der uneinsichtigen Mutter eine Verlegung in eine andere Klinik veranlasst.

### FALL 12

Prämorbidcs Gewicht: 65 kg  
Aufnahmegewicht: 45,2 kg  
Untersuchungsalter: 15 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin ist Einzelkind. Die frühkindliche Entwicklung sei unauffällig gewesen. Der Vater, von Beruf Bankangestellter, starb, als die Patientin 12 Jahre alt war. Die Mutter sei gut aber streng. Seit einem Jahr sei es zu grösseren Auseinandersetzungen mit der Mutter gekommen, da diese eine Verbindung zu einem anderen Mann aufgenommen hatte und die Patientin sich dadurch zurückgesetzt fühlte.

Jetzige Erkrankung:

Seit dem 13. Lebensjahr sei eine hartnäckige Obstipation aufgetreten. Mit 14 Jahren ass sie übermässig viel und wog etwa 65 kg. Sie habe häufig erbrochen. Im folgenden Jahr habe sie zunehmend abgenommen, obwohl sie viel ass. Ihre Periode, die bis dahin immer regelmässig gewesen war, blieb aus. Bei einer internen klinischen Untersuchung wurde eine Hypophysen-Zwischenhirnstörung diagnostiziert. Die diencephalen Wasserproben seien pathologisch ausgefallen. Von der Mutter wurde eine Verlegung in die hiesige Klinik veranlasst, da sie dort zu den Ärzten kein Vertrauen habe.

Klinischer Verlauf:

Bei der 15-jährigen Patientin wurde eine Magersucht festgestellt, wobei eine Hyperphagie im Vordergrund stand. Sie hatte guten Appetit, doch kam es wegen des heimlichen Erbrechens nicht zur Gewichtszunahme.

FALL 13

Prämorbidetes Gewicht: -

Aufnahmegewicht: 40,5 kg

Untersuchungsgewicht: 21 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Heredität: eine Grosstante (vl) soll an Verfolgungswahn gestorben sein.

Die Patientin wurde als 2. von 3 Kindern 1941 geboren. Sie habe sich normal entwickelt und unauffällig verhalten. Mit 18 Jahren sei ~~xxx~~ eine Amenorrhoe aufgetreten. Zur gleichen Zeit traten die ersten Eßstörungen auf. Sie weigerte sich zu essen und erbrach oft heimlich. Zuweilen habe sie Heiss-hunger gehabt. Sie selbst führte das Nichtessen auf einen

übermässigen Genuss an Coca Cola zurück. Auch wolle sie nicht dicker werden. Häufig hatte sie Selbstmordgedanken.

#### Klinischer Verlauf:

1959 kam die 21-jährige Patientin in äusserst abgemagertem Zustand in die Klinik. Neben der klassischen Magersucht wurde eine paranoid-halluzinatorische Psychose festgestellt. Während der folgenden psychotischen Schübe und mehrmaligen klinischen Aufenthaltes bestand die Anorexiesymptomatik weiter.

#### FALL 14

Prämorbidcs Gewicht: 69 kg  
Aufnahmegewicht: 55,4 kg  
Untersuchungsalter: 16 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 2. von 3 Kindern unehelich geboren. Der Vater, von Beruf Ingenieur, lebt mit der Mutter unverheiratet zusammen.

Die Entwicklung der Pat. sei unauffällig gewesen. Sie besuchte die Volkschule und wurde Pelznäherin. Das Leben in der Familie sei wenig harmonisch. Die Mutter sei kühl und habe für die Kinder wenig Zeit. Am Vater hänge sie sehr. Mit ihren Geschwistern verstehe sie sich nicht.

#### Jetzige Erkrankung:

Mit 13 Jahren habe sie viel gegessen. Ihr Körpergewicht betrug 69 kg. Im 16. Lebensjahr, auf die Nachricht, dass ihre Freundin unehelich schwanger sei, setzten Erbrechen, Appetitmangel und Amenorrhoe ein. Ausserdem trat Obstipation auf.

Wegen Verdacht auf eine Appendicitis wurde eine Appendektomie durchgeführt. Es bestand Aversion wider Fleisch und Süßigkeiten.

#### Klinischer Verlauf:

Die 16-jährige Patientin kam in einem sehr frühen Erkrankungsstadium zur Aufnahme. Durch psychologische Gespräche wurde eine schnelle Symptomheilung erreicht, wenngleich die Menses noch sistierten. Psychisch schien sie nach 6-wöchiger Behandlung weitgehend stabilisiert. Eine Herausnahme aus dem elterlichen Milieu wurde vor der Entlassung vereinbart.

#### FAIL 15

Prämorbidcs Gewicht: 67 kg  
Aufnahmegewicht: 53,9 kg  
Untersuchungsalter: 18 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Der Patient ist Sohn eines Landwirtes und wurde als einziges Kind 1947 in Thüringen geboren. Im 2. Lebensjahr wurde die Ehe der Eltern geschieden. Von seinem Vater könne er sich "kein positives Bild" machen.

Als Kind sei er lebhaft, auch sehr nervös gewesen. Mit 11 Jahren habe sich eine Unsicherheit eingestellt, als er mit der Mutter nach Südafrika ging, da die Mutter dort ein zweites Mal heiratete. Er habe dort die Schule besucht und sei sehr strebsam gewesen.

Mit 16 Jahren ging er auf einen Vorschlag des Grossvaters nach Deutschland zurück.

#### Jetzige Erkrankung:

Auf die Trennung von seiner Mutter hatte er mit einer

"Schlankheitskur" reagiert, mit der er, wie er sagte, sich selbst auslöschen wollte, da sein Dasein sinnlos sei. Zwei Selbstmordversuche seien nicht konsequent zur Durchführung gekommen. Das Bestreben abzumagern, sei nur durch kurze Aufenthalte bei der Mutter unterbrochen gewesen, da hier "Tür und Tor geöffnet" gewesen seien. In letzter Zeit sind Milch und Haferflocken das Einzige, was ihm noch schmecke.

#### Klinischer Verlauf:

Mit 18 Jahren kam der extrem abgemagerte Patient in klinische Behandlung. Seine Stimmung war subdepressiv mit starken Schwankungen bis zur Depression. Der Antrieb wechselnd, bald apathisch, bald gesteigert. In den Explorationen erwies er sich als der pubertär, voller ödipaler Aggressionen gegen den Grossvater und die männlichen Partner der Mutter. Zur Mutter selbst hatte er ein ambivalentes Verhältnis, ebenfalls Aggressionen bei kindlicher innerer Bindung.

Der Patient wurde nach 7-wöchigem Klinikaufenthalt ambulant durch die Klinik weiterbehandelt. Während es anfangs nur zu einer geringen Besserung der Nahrungsaufnahme gekommen war, zeigte sich bei der ambulanten Weiterbehandlung ein unerwartet schneller Erfolg.

#### FALL 16

Prämorbidetes Gewicht: -  
Aufnahmegewicht: 39,5 kg  
Untersuchungsalter: 22 Jahre

Die Patientin, die mit 17 Jahren an Magersucht erkrankte, verliess auf eigenen Wunsch die Klinik noch am Aufnahmetage.

#### FALL 17

Das 14-jährige, hoch aufgeschlossene Mädchen kam in stark

abgemagertem Zustand in die Klinik. Sie verliess die Klinik am 2. Tage auf Wunsch der Mutter und gegen ärztlichen Rat, so dass sich wegen des kurzfristigen Aufenthaltes keine ausreichenden Angaben machen lassen.

#### FALL 18

Die jetzt 21-jährige Patientin, die mit 18 Jahren an einer Anorexia nervosa erkrankt war, erschien in Begleitung ihrer Mutter in der Klinik, war aber nicht zu einer Aufnahme zu bewegen. Sie verweigerte jede Auskunft, erklärte, dass sie nicht krank sei, dass sie nicht wisse, was sie hier solle und verlangte sofortige Entlassung.

#### FALL 19 (ambulant)

Geboren 1940, Beginn der Symptomatik im 16. Lebensjahr nach einem Stuprum.

Sie verweigerte das Essen.

Sie will Kind sein, Sexualität ist demütigend.

Menarche mit 11 Jahren. Keine Amenorrhoe.

Tiefstgewicht: 36 kg

#### FALL 20 (ambulant)

1946 geboren. Erkrankungsbeginn mit 16 Jahren. Sie war schon immer ein schlechter Esser, bevorzugt jetzt Äpfel. Obstipation. Wirkt und gilt als Neutrum.

Menarche mit 12 Jahren, jetzt Amenorrhoe.

FALL 21 (ambulant)

Untersuchungsalter 17 Jahre. Beginn der Erkrankung 16 Jahre. Krankheitsauslösend war die Mitteilung, dass ihr Vater nicht ihr leiblicher Vater sei. Erbrechen, Amenorrhoe.

FALL 22 (ambulant)

Untersuchungsalter 20 Jahre. Erkrankungsalter 18 Jahre. Tiefstgewicht 44 kg, maximal 55 kg, jetzt 46 kg. Amenorrhoe.

FALL 23

Prämorbidcs Gewicht: 50 kg  
Untersuchungsgewicht: 30,8 kg  
Untersuchungsalter: 24 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde unehelich geboren. Als sie 3 Jahre alt war, heiratete der Vater die Mutter, Ein Bruder ist 5 Jahre jünger. Der Vater, von Beruf Maurer, früh Rentner, war herzkrank und hatte Magengeschwüre. Die Mutter war gallenkrank und durch "offene Beine" gehbehindert.

Die Familie wohnte in Stube und Küche. Es gab wenig Liebe, oft Streit, zumal der Vater trank. Die Patientin war ein scheues Kind. Mit 5 Jahren war sie noch nicht sauber. Sie hatte Strassen- und Dunkelangst, auch fürchtete sie sich vor Tieren. Sie "wackelte" mit dem Oberkörper und wurde zu Hause und in der Schule deshalb ausgelacht. In der Schule gab es

Schwierigkeiten mit anderen Kindern, die sie als "doof" bezeichneten. Oft flüchtete sie zur Mutter, die aber ihre Schwierigkeiten nicht verstand. Sie zog sich in sich selbst zurück und lehnte Zärtlichkeiten misstrauisch ab, obwohl sie sie ersehnte.

Mit 11 Jahren erkrankte die Patientin an Kinderlähmung. Eine Schwäche und leichte Gehbehinderung des rechten Beins blieben zurück.

Mit 13 Jahren geriet sie unter den Einfluss einer evangelischen Lehrerin, zu der sie sich stark hingezogen fühlte. Diese Freundschaft stiess jedoch auf harte Ablehnung von seiten der Eltern.

Die Schule schaffte sie nur bis zur 7. Volksschulklasse. Sie war dann in einem Jugendwerkheim tätig. Mit 20 Jahren arbeitete sie als Aushilfskraft (als Schmuckfedermacherin), was ihr keinen Spass machte. Sie hatte den Wunsch, ein höheres Bildungsniveau zu haben, geistige Gespräche zu führen und wollte gern Kindergärtnerin werden, wurde daran aber von den Eltern gehindert, da sie sie für unfähig hielten.

#### Jetzige Erkrankung:

Mit 20 Jahren begann sie weniger zu essen. Mit 24 Jahren verweigerte sie plötzlich jegliche Nahrungsaufnahme und verlor in kurzer Zeit ca. 20 kg Gewicht. Es trat eine Amenorrhoe ein (Menarche mit 16 Jahren). Sie äusserte, dass sie die Nahrungsaufnahme zunächst bewusst eingeschränkt hatte, dass sie abmagern wollte, einfach verhungern wollte und meinte, dass Gott ihr diesen Selbstmord eher vergeben würde als wenn sie es auf andere Art täte.

Sie befürchtete, dass man ihr etwas tun wolle, sie nicht gern habe, dass sie anderen auf die Nerven falle und wolle daher einfach sterben.

Ein schon seit einigen Jahren bestehender Wischzwang trat

verstärkt auf. So wischte sie über den Stuhl, bevor sie sich setzte, weil sie fürchtete, dass etwas in sie "eindringen" könnte. Abends schaute sie unter ihr Bett, ob nicht ein Mann sich dort verborgen hält.

Sie zeigte einen grossen Arbeitsehrgeiz und versuchte, eine ärztliche Behandlung stets zu unterbinden.

Nach kurzem Aufenthalt in einer internen Klinik wurde die 24-jährige Patientin in hochgradig reduziertem Allgemeinzustand aufgenommen.

### Klinischer Verlauf:

Der psychotherapeutischen Behandlung erwies sie sich als zugänglich. Sie fand eine bejahende Einstellung zum Leben gegenüber ihrer früher bewusst selbstvernichtenden Einstellung. Der erzielte Gewichtsanstieg betrug 16 kg. Die Patientin verliess jedoch vorzeitig die Klinik, bevor die geplanten Massnahmen - Unterbringung in einem Wohnheim, Herausnahme aus dem elterlichen Milieu - realisiert werden konnten.

3 Monate später wurde wegen eines Rezidivs erneute Aufnahme nötig. Wiederum verliess sie bei eintretender Besserung nach 8 Wochen auf eigenen Wunsch die Klinik.

### FALL 24 und 25

Prämorbides Gewicht: 45,3 kg

Aufnahmegewicht: 40,5 kg, 37,5 kg

Untersuchungsalter: 27 und 28 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die beiden Patienten sind Zwillingsgeschwestern. Ihre fröhenkindliche Entwicklung wird als unauffällig beschrieben. Der Vater fiel im Kriege, als die Mädchen 4 Jahre alt waren.

Das Verhältnis zur Mutter sei nie gut gewesen, da diese den um 3 Jahre älteren Bruder bevorzugt behandelt habe. Als die Patienten 12 Jahre alt waren, heiratete die Mutter ein zweites Mal. Beide Schwestern haben immer ein sehr gutes Verhältnis zueinander gehabt.

#### Jetzige Erkrankung:

Menarche mit 12 Jahren. Nach dreimaligen Menstruationen trat bei beiden Mädchen eine sekundäre Amenorrhoe auf. Die Anorexia nervosa-Symptomatik setzte zur Zeit der Pubertät ein. Es sei zu heftigen Auseinandersetzungen mit der Mutter, jetzt auch zu Streitigkeiten unter den Schwestern, gekommen. In beiden Fällen kam es auch zu kleptomane Handlungen. Nach vorangegangenen mehrmaligen Suicidversuchen wurde die eine Schwester - hochgradig abgemagert - mit 27 Jahren in die Klinik aufgenommen. Neben der Nahrungsablehnung bestanden eine Amenorrhoe, Obstipation, sowie Laxantien- und Alkoholabusus.

In Anbetracht der schweren neurotischen Störung sollte bei der Patientin nach einer 5-wöchigen stationären psychotherapeutischen Anbehandlung die Weiterbehandlung ambulant durchgeführt werden. Diese wurde jedoch von seiten der Patientin nach 2 Behandlungsstunden abgebrochen. Ein Jahr später wurde eine erneute Klinikaufnahme nötig (Gewichtsabnahme, Obstipation, Amenorrhoe, Laxantien-, Alkohol- und Nikotinabusus). Ohne dass es nach mehrwöchiger stationärer Behandlung zu einer Gewichtszunahme kam, wurde eine ambulante Weiterbehandlung vereinbart.

Während die andere Zwillingschwester-abgemagert- bisher in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung stand, wurde soeben auch bei ihr eine Klinikaufnahme nötig.

FALL 26

Prämorbidcs Gewicht: 67 kg

Untersuchungsgewicht: 29 kg

Untersuchungsalter: 22 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als Nachkömmling geboren. Eine Schwester und ein Bruder sind jeweils 7 bzw. 5 Jahre älter. Der Vater war kaufmännischer Angestellter. Die Ehe der Eltern wurde geschieden, als die Patientin noch ein Säugling war.

In der Entwicklung der Patientin liegen ausgeprägte frühkindliche Gehemmtheiten vor: bis zu 6 Jahren Pavor nocturnus, Angstzustände, Unterdrückung von seiten des älteren Bruders, dem Liebling der Mutter, der in der Familie die Vaterrolle spielen wollte. Von der Mutter fühlte sie sich "weggestossen". Der Vater starb, als die Patientin 10 Jahre alt war. Sie habe ein "phantastisches Verhältnis" zu ihm gehabt und ihm nach seinem Tode lange nachgetrauert, obwohl sie ihm praktisch nur einmal begegnet ist.

Nach 8-jähriger Grundschule machte sie eine Ausbildung als kaufmännische Angestellte und war bis zur Erkrankung in mehreren Firmen erfolgreich tätig.

### Jetzige Erkrankung:

Mit 20 Jahren trennte sie sich von der Mutter und ging in den Haushalt der Schwester. Hier fühlte sie sich ausgenutzt. In einem Verhältnis mit einem älteren Mann blieb sie als "Betrogene" zurück, da er verheiratet war. Von der Schwester wurde sie praktisch aus dem Hause gewiesen, weil sie wegen ihrer Affäre mit einem "Ehemann" nicht mehr tragbar schien. Zusätzlich wurde sie durch zwei "unmoralische Freundinnen" enttäuscht, die unerwünscht ein Kind erwarteten.

In dieser Zeit (1962), als die Patientin 20 Jahre alt war, setzten Anorexie, rapide Gewichtsabnahme, Erbrechen und Amenorrhoe ein.

Nach dreimaligen Klinikaufenthalten ohne Behandlungserfolg wurde die Patientin mit der klassischen Symptomatik der Anorexia nervosa in unsere Klinik verlegt.

### Klinischer Verlauf:

Im Vordergrund der psychischen Konfliktsituation standen starke Fixierung an die Mutter bei Ambivalenzhaltung sowie Liebesenttäuschung bei extremer Sexualangst. Die Behandlung wurde im Verlauf des fast 1-jährigen Aufenthaltes ausschliesslich auf Psychotherapie abgestellt. Die Patientin zeigte sich anfangs bereitwillig und zugänglich, so dass es in den ersten 8 Wochen zu einem Gewichtsanstieg von 29 kg auf 40 kg kam. Vorübergehende Unterbrechung der gezielten Psychotherapie führte zu einem Rückfall:; subdepressive bis depressive Stimmungslage, Auftreten von Durchfällen, erneute Gewichtsabnahme auf 29 kg. Nach 9 Monaten stationärer Behandlung Wiederauftreten der Menstruation bei einem Körpergewicht von 30,8 kg.

In den weiteren Wochen schwankendes Verhalten. Verlegung in ein der Klinik angeschlossenes Haus bei einem Körpergewicht von 43,7 kg. Eine weitere psychotherapeutische Behandlung wird für unumgänglich gehalten.

### FALL 27

Prämorbidcs Gewicht: 55 kg  
Aufnahmegewicht: 31,2 kg  
Untersuchungsalter: 25 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wuchs in geordneten Familienverhältnissen auf. Der Vater war Telegrapheninspektor. Er starb, als die Patientin 18 Jahre alt war. Beide Eltern waren sehr streng. Die Mutter war für Ordnung und Sauberkeit, ausserdem war sie eine erstklassige Köchin.

Die Patientin war als Kind scheu und gehemmt. Sie knabberte an den Fingernägeln. Nach der Volksschule besuchte sie die Mittelschule ohne Abschluss. Sie lernte Schreibmaschine

schreiben und glaubte, dass sie sich auch ohne Beruf schon irgendwie durchschlagen werde. Häufig wechselte sie ihre Stellungen, weil sie kündigte, sobald ihr etwas nicht passte. Ihre längste Arbeitszeit betrug ein halbes Jahr.

#### Jetzige Erkrankung:

Mit 23 Jahren stürzte sie sich während einer Familienfeier aus dem Fenster des 4. Stockwerkes. Sie hatte zu dieser Zeit ein Liebesverhältnis mit einem älteren Mann. Beruflich war sie ohne Arbeit. Nach dem Sturz begann sie abzumagern. Sie hatte keinen Appetit, vorübergehend auch keinen Geschmack. Ihre Menses sistierten. Während es ihr Freude machte, das Essen für andere zuzubereiten, ass sie selbst nur noch scharfe Speisen, am liebsten Sossen. Gegen eine Obstipation beschaffte sie sich heimlich grosse Mengen Abführmittel. Im Laufe des nächsten Jahres entwickelte sich eine Sucht nach stimulierenden Medikamenten. Zum "Enthemmen" nahm sie grosse Mengen Nocturetten. Abends trank sie regelmässig einige Flaschen Bier.

Innerhalb von 2 Jahren hatte sie 15 kg abgenommen. Weiterhin zeigten sich anankastische Züge.

#### Klinischer Verlauf:

Die 26-jährige extrem abgemagerte Patientin zeigte keine Krankheitseinsicht. Wiederholt kam es zu artifiziellem Erbrechen. Im Rahmen der psychoanalytisch orientierten Sitzungen liessen das intellektuelle Niveau, sowie der ausgeprägte Infantilismus der Patientin eine psychotherapeutische Behandlung nicht zu. Bei einer Gewichtsannahme von 5 kg verliess sie nach 5 Wochen heimlich die Klinik und wurde gegen grosses Revers, welches von der bevollmächtigten Mutter unterschrieben wurde, auf eigene Verantwortung entlassen.

FALL 28

Prämorbides Gewicht: 59 kg  
Untersuchungsgewicht: 41,6 kg  
Untersuchungsalter: 26 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Mutter der Patientin hatte immer unter Kopfschmerzen zu leiden gehabt, ebenfalls die Mutter der Mutter.

Die Patientin wurde als 5. Kind geboren. Sie war nicht mehr erwünscht, da sich die Mutter während der Schwangerschaft vom Ehemann enttäuscht fühlte.

Die frühkindliche Entwicklung war unauffällig. Sie galt als ein stilles Kind, war eigenbrötlerisch und fand immer schwer Kontakt zu anderen. Mit 5 Jahren kam sie in die Schule und war immer eine der Besten in der Klasse.

Nach der Flucht von Pommern nach Berlin 1945 traten bei der 7-jährigen erstmalig Kopfschmerzen auf. Zur gleichen Zeit hatten sich die Familienverhältnisse verändert. Die Ehe der Eltern wurde geschieden. Während die Geschwister jetzt vorwiegend beim Vater lebten, fühlte sich die Patientin gezwungen, bei der Mutter zu bleiben, welche drohte, sich zu erhängen, falls die Patientin wie die anderen Geschwister auch zum Vater gingen. Die Mutter galt als "patent", "energisch", war berufstätig und liess der Patientin wenig Bestätigung und Anerkennung zuteil werden. Die Patientin verstand sich sehr gut mit ihrem um 3 Jahre älteren Bruder, während sie zu den anderen Geschwistern nur wenig Kontakt hatte.

Jetzige Erkrankung:

Mit 13 Jahren hatte sie erstmals Magenschmerzen (Menarche!). Mit 18 Jahren traten Ohnmachten und Weinkrämpfe bei seelischer Belastung auf. Sie wurde zweimal in einer Nervenklinik

stationär behandelt. Eine ambulante Weiterbehandlung durch das Institut für psychogene Erkrankungen brach sie nach 3 Monaten ab.

Mit 25 Jahren trat - in zeitlichem Zusammenhang mit der Heirat des Lieblingsbruders - die Anorexie auf. Das Essen ekelte sie an, sie erbrach nach den Mahlzeiten und verlor im Verlaufe eines Jahres ca. 22 kg Körpergewicht. Wegen einer Obstipation nahm sie reichlich Abführmittel. Einige Monate später sistierten ihre Menses.

Eine stationäre Durchuntersuchung ergab keinen fassbaren internistischen Befund.

#### Klinischer Verlauf:

Die 26-jährige stark abgemagerte Patientin wirkte verschlossen und uneinsichtig. Infantil struktuiert, verhielt sie sich zunehmend renitent und glitt in eine subdepressive bis depressive Stimmungslage ab. In psychologischer Hinsicht zeigte sie ein überhöhtes Anlehnungs- und Zärtlichkeitsbedürfnis bei gleichzeitiger Kontaktangst.

Wegen ihrer mangelnden Mitarbeit, ihrer Uneinsichtigkeit hinsichtlich der psychischen Konfliktsituation wurde sie nach 10 Tagen auf eigenen Wunsch entlassen. Während des Aufenthaltes in der Klinik hatte sie weitere 2 kg abgenommen.

#### FALL 29

Prämorbidetes Gewicht: 50 kg  
Untersuchungsgewicht: 34,5 kg  
Untersuchungsalter: 22 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wuchs als Jüngste von 4 Kindern auf. In den frühen Kindheitsjahren stand sie stark unter dem Einfluss

ihrer 3 Jahre älteren Schwester. Diese war sehr burschikos und beide zusammen spielten oft, dass sie Jungen seien, wobei die Schwester die Robustere und Führende war.

Sie hatte ein sehr gutes Verhältnis zum Vater, später war sie etwas enttäuscht, dass der Vater - als Chirurg - sehr wenig Zeit für sie hatte.

Zur Vorgeschichte ist bekannt, dass die Patientin schon als Kleinkind schlecht ass. Sie war wählerisch, während die Mutter sie zwang, alles zu essen. Man wollte eine Schallplatte anschaffen mit den Worten "Heidi, iss", die ihr bei den täglichen Mahlzeiten vorgespielt werden sollte.

Zur Zeit der Pubertät versuchte sie sich von zu Hause abzulösen. Sie beklagte sich über eine "mangelnde Führung" durch den Vater und brachte es nicht fertig, sich der Mutter, zu der sie kein Vertrauen empfand, näher anzuschliessen. Die Schwester war ins Ausland gegangen.

Sie wohnte weiter bei den Eltern, machte mit 19 Jahren Abitur, studierte zunächst ein Semester Zoologie, ging dann auf Veterinärmedizin über, was ihr Freude machte.

#### Jetzige Erkrankung:

Seit ihrem 19. Lebensjahr verlor sie in relativ kurzer Zeit ca. 12 kg Gewicht. Sie meinte, normal zu essen, hätte aber keinen Appetit mehr. Zur gleichen Zeit trat eine Amenorrhöe ein.

Der Erkrankung war eine Freundschaft mit einem jungen Mann vorausgegangen, die von den Eltern nicht gern gesehen wurde. Während sie zunächst die Freundschaft aus gewissem Protest gegen die Eltern fortgesetzt hatte, sah sie dann die Bindung unter negativen Anzeichen. Sie legte sich eine strenge Selbstdisziplin auf, was zur Einschränkung ihrer Gefühlsäusserung und Lebenshaltung führte.

Mehrere stationäre Behandlungen hatten nur zu einer geringfügigen Gewichtszunahme geführt.

#### Klinischer Verlauf:

Die Patientin kam mit 22 Jahren in die Klinik. Sie klagte über ihre Empfindsamkeit, dass sie sich bemühe, gleichgültiger und freier zu sein, was ihr nicht gelinge. Nach Untersuchung und Klärung der Diagnose, dass die Magersucht psychogener Genese ist, wurde eine ambulante psychotherapeutische Behandlung vereinbart.

#### FALL 30

Prämorbides Gewicht: 62 kg

Untersuchungsgewicht: 46,3 kg

Untersuchungsalter: 29 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin ist erstes von zwei Kindern. Eine Schwester ist 3 Jahre jünger. Der Vater, von Beruf Uhrmacher, wird als sehr jähzornig beschrieben. Die Mutter sei verschlossen, menschenscheu und wenig liebevoll. Die Eltern haben sich oft gestritten.

Die frühkindliche Entwicklung sei unauffällig gewesen. Sie besuchte die Volksschule, anschliessend eine Wirtschaftsschule und war dann seit ihrem 17. Lebensjahr an verschiedenen Stellen als Stenotypistin tätig.

#### Jetzige Erkrankung:

Mit 17 Jahren habe sie erstmals versucht, weniger zu essen. Sie habe gewünscht, damit ihre Brüste zu verkleinern, die sie "unästhetisch" fand. Mit 21 Jahren erkrankte sie an Lungentbc und war gezwungen, wieder gut zu essen. Ein Jahr

danach habe sie aber wieder versucht, weniger zu essen und ihr Gewicht herabzusetzen. Auch sei periodenweise "unstillbares" Erbrechen aufgetreten, das oft 8 bis 14 Tage dauere. Auch habe sie viel weinen müssen

### Klinischer Verlauf:

Die 28-jährige Patientin zeigte keine Krankheitseinsicht. Vielmehr äusserte sie: "Ich habe es ja nie geschafft, aber jetzt!" Die psychoanalytisch orientierten Gespräche brach sie nach 5 Wochen ab und verliess - nach einer Gewichtszunahme von 1,7 kg - auf eigenen Wunsch die Klinik.

### FALL 31

Prämorbid Gewicht: 63 kg  
Untersuchungsgewicht: 24,7 kg  
Untersuchungsalter: 31 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Patientin ist 7-Monatskind. Eine Schwester ist 1 1/2 Jahre älter. Von dieser Schwester ist bekannt, dass sie mit 31 Jahren nach einer Geburt übermässig viel ass und 160 Pfund Übergewicht hatte.

Die frühkindliche Entwicklung der Patientin war unauffällig. Sie hatte ein sehr gutes Verhältnis zum Vater, weniger zur Mutter, die sie als "sehr aktiv", "mit Nerven wie Drahtseile", beschrieb.

Bis zum 16. Lebensjahr ging sie zur Schule, machte nach Abschluss mit der mittleren Reife eine Lehre als kaufmännische Angestellte und ging mit 23 Jahren nach Kanada, um einen Brieffreund zu heiraten, mit dem sie sich seit ihrem 19. Lebensjahr schrieb. Weil sie fand, dass der Partner nicht der "Richtige" zum Heiraten war, trennte sie sich

nach 8 Wochen von ihm. Sie blieb weiterhin in Kanada und hatte mehrere unbefriedigende Beziehungen zu verschiedenen Partnern, ohne dass sie eine tiefgehendere mitmenschliche Beziehung aufrichtete.

Bei einem Ausgangsgewicht von 63 kg kehrte sie nach 7 Jahren mit einem Körpergewicht von nur 28 kg nach Deutschland zurück. Sie fand hier wegen ihres beeinträchtigten Körperzustandes keine Möglichkeit zur Arbeitsaufnahme und fiel der Sozialfürsorge zur Last.

#### Jetzige Erkrankung:

Die Krankheit begann während ihres Aufenthaltes in Kanada. Nach der Trennung von ihrem Brieffreund verlor sie ca. 10 kg Gewicht. Sie arbeitete in den folgenden Jahren und hatte verschiedene unüberlegte Männerbekanntschaften. Hin und wieder kam es zu sexuellen Beziehungen in beschwipstem Zustand, jedoch lediglich "aus Mitleid", wie sie sagte. Mit 29 Jahren wurde sie amenorrhöisch. 5 Monate später setzte eine rapide Gewichtsabnahme ein. Sie empfand Ekel vor dem Essen, besonders vor fester oder auch nur geformter Nahrung. Nur Brühe oder Säfte konnte sie noch zu sich nehmen. Ausserdem trat eine Obstipation auf, die zu einem Abführmittelabusus führte. Sie rauchte etwa 20 Zigaretten am Tag und kehrte mit einem Gewicht von 28 kg nach Deutschland zurück.

Gegen ihren Willen wurde sie mit grosser Überredungskunst in eine Klinik eingewiesen, wo sie internistisch therapiert wurde, ohne dass es zu einer Gewichtszunahme kam. Mit 24,7 kg wurde sie in marasmatischen Zustand in unsere Klinik verlegt.

#### Klinischer Verlauf:

Die bis zum Skelett abgemagerte 30-jährige Patientin lehnte jede Zumutung einer Nahrungsaufnahme mit Schrecken ab.

Psychisch zeigte sie ein auffällig gefügiges freundliches und zugewandtes Verhalten. Die Schwere ihres Erkrankungsstadiums wurde von ihr bewusst eingesehen, im Gefühlsbereich jedoch negiert. Im Rahmen erster psychotherapeutischer Gespräche konnten als Konfliktsituation eine ambivalente Einstellung zur Mutter und Schwester sowie unbewusste Sexualängste eruiert werden. Bei strenger Bettruhe, Sondernahrung und Infusionstherapie hatte sie nach 5 Tagen 1 kg Gewicht zugenommen. Am 9. Tage verstarb sie trotz internistischer Bemühungen durch akuten Kreislaufkollaps.

#### FALL 32

Prämorbides Gewicht: 58 kg  
Untersuchungsgewicht: 51,4 kg  
Untersuchungsalter: 23 Jahre

#### Biographisches:

Die 23-jährige Patientin wurde 1942 geboren. Der Vater, an dem sie sehr gehangen habe, soll - wegen eines Liebesverhältnisses mit einer Schulfreundin der Patientin - Selbstmord begangen haben, als die Patientin 19 Jahre alt war. Wenig Vertrauen habe sie zu ihrer "strengen" Mutter gehabt, die nach dem Tode des Vaters nach Frankreich zog.

Ihre frühkindliche Entwicklung sei unauffällig gewesen. Vom 5. bis 11. Lebensjahr wurde sie in einem Internat erzogen. Sie habe immer gern knabenhaft gewirkt und sich auch entsprechend gekleidet. Mit 17 Jahren habe sie Beziehungen zu einem homosexuellen Kreis gehabt. Später hatte sie ein lesbisches Verhältnis. Mit 22 Jahren habe sie sich verlobt.

#### Jetzige Erkrankung:

Die Symptomatik habe mit einem Wutanfall gegenüber ihrem Verlobten begonnen. Sie habe ihn heftig beschimpft, da dieser

sie vernachlässige. Vor Ärger habe sie keinen Appetit mehr gehabt. Weitere Auseinandersetzungen hätten zum Auftreten von Erbrechen geführt. In wenigen Monaten habe sie ca. 15 Pfund Gewicht verloren. Ihre Menstruationen seien ausgeblieben. Das Dasein ist ihr sinnlos erschienen. Sie habe sich täglich betrunken und nicht mehr auf sich halten können. Dreimal habe sie einen Selbstmordversuch unternommen.

### Klinischer Verlauf:

Die 23-jährige Patientin kam mit einem Gewicht von 51,4 kg in die Klinik. Eine psychoanalytische Behandlung wurde durch eine mässige intellektuelle Differenzierung und Uneinsichtigkeit erschwert. Bei Gewichtszunahme von 3 kg wurde nach 8 Wochen auf Wunsch der Patientin eine ambulante Weiterbehandlung vereinbart. Die Prognose erscheint ungünstig.

### FALL 33

Prämorbidcs Gewicht: -

Untersuchungsgewicht: 42,5 kg

Untersuchungsalter: 26 Jahre

### Lebenslauf:

Die Patientin ist 3. von 7 Kindern. Die Eltern seien Anthroposophen. Während die Mutter vielseitig interessiert und bewundernswert robust sei, sei der Vater "schwach" und "introvertiert".

Als kleines Kind habe die Patientin oft Angstzustände gehabt. Lange Zeit bestand ein Pavor nocturnus. Sie habe immer mit Jungens gespielt und sich bemüht, als einer ihresgleichen anerkannt zu werden.

Mit 16 Jahren sei sie in einem katholischen Internat erzogen worden. Seitdem spiele sie mit dem Gedanken, zum katholischen Glauben überzugehen.

Jetzige Erkrankung:

Seit ihrem 18. Lebensjahr müsse sie häufig grübeln. Sie fühlte sich ängstlich und unsicher. Zu dieser Zeit habe sie sich verlobt. Zunehmende Appetitlosigkeit, obwohl sie schon immer wenig Appetit gehabt habe. Der Vater habe immer einen Zwang auf das Essen ausgeübt, alle in der Familie mussten vegetarisch essen. Mit 20 Jahren Amenorrhoe. Zunehmende Gewichtsabnahme und Lustlosigkeit. Sie habe auch Selbstmordgedanken gehabt.

Mit 26 Jahren kam sie mit einem Körpergewicht von 42,5 kg in die Klinik.

Klinischer Verlauf:

In psychologischen Gesprächen wurde eine starke Selbstunsicherheit und Existenzangst deutlich. Mit ihrer Weiblichkeit konnte sie sich nicht identifizieren. Nach 9 Wochen zeigte sich eine Besserung des psychischen Zustandes, so dass die psychoanalytische Behandlung ambulant fortgesetzt werden konnte.

FALL 34

Prämorbidetes Gewicht: 60 kg  
Untersuchungsgewicht: 48 kg  
Untersuchungsalter: 25 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin ist die Jüngste von 4 Kindern. Der Vater war Ingenieur und starb, als sie 17 Jahre alt war. Die Mutter wird als leichtlebig geschildert, die für die Patientin nie ein richtiges Interesse gezeigt habe.

Ihre frühkindliche Entwicklung sei unauffällig gewesen.

nach der Volksschule begann sie eine Ausbildung als technische Zeichnerin. Da diese Tätigkeit sie nicht befriedigte, kehrte sie beschloß, Kindergärtnerin zu werden. Doch ging ihr Ideal in der konkreten Arbeit mit den Kindern verloren. Sie beendete die Ausbildung nach einem dreiviertel Jahr abgebrochen und vorübergehend in einem Privathaushalt gearbeitet. Mit 21 Jahren nahm sie ihren alten Beruf als technische Zeichnerin wieder auf.

#### Jetzige Erkrankung:

Seit dem 19. Lebensjahr zunehmende Appetitlosigkeit und langsame Gewichtsabnahme. Mit 21 Jahren wurde sie erstmals klinisch untersucht und eine hypophysäre Kachexie diagnostiziert. Kurz danach traten eine Gangunsicherheit und Schwindel auf.

Mit 25 Jahren wurde sie ein zweites Mal klinisch untersucht und der Verdacht auf einen Frontallirntumor gestellt. Daraufhin wurde sie in die hiesige Klinik überwiesen.

#### Klinischer Verlauf:

Die Patientin hatte bei der Aufnahme ein Körpergewicht von 46 kg. Für einen Frontallirntumor fand sich kein Anhalt. Da sie zu einer psychotherapeutischen Behandlung nicht bereit war, wurde versucht, mit autogenem Training und roboterierenden Massnahmen eine Besserung zu erreichen.

Nach einer Gewichtsabnahme von 7 kg drängte die Patientin auf ihre Entlassung. Eine Genesungserwartung bestand weiter, ohne dass sich ein pathologischer Befund ergeben hatte.

FALL 35

Prämorbidcs Gewicht: 54 kg  
Untersuchungsgewicht: 38,7 kg  
Untersuchungsaltcr: 25 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde ein halbes Jahr vor Eheschliessung der Eltern geboren. Ihre Kindheit stand im Schatten der sehr unglücklichen Ehe der Eltern. Der Vater trank, oft gab es Streit, häufig wurde die Mutter vom Vater geschlagen. Die Patientin schlief im Zimmer der Eltern. Als sie 7 Jahre alt war, wurde die Ehe geschieden. Während die Mutter als Putzfrau arbeitete, kamen die Patientin und ihr 2 Jahre jüngerer Bruder in einen Hort. Das Verhältnis zum Bruder war schlecht, sie fand ihn "jähzornig" und "brutal".

Als Kind war sie schüchtern, z.B. wagte sie in der Schule zunächst kaum zu sprechen. Ihre Leistungen waren durchschnittlich. Erst zur Zeit der Pubertät sei sie "aufgewacht" und lebhaft geworden.

Nach Besuch der Mittelschule machte sie eine Lehre als Maschinenstrickerin und eignete sich dann die Fähigkeit des Kunststopfens an. Sie mochte alles, was "fein und knickerig" ist.

Mit 23 Jahren heiratete sie einen um ein Jahr älteren Buschaffner.

Jetzige Erkrankung:

Im 18. Lebensjahr traten in Zusammenhang mit groben beruflichen Überforderungen, gegen die sie sich nicht in angemessener Weise wehren konnte, Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Obstipation und Gewichtsverlust auf. Ihre Menstruationen wurden unregelmässig und sistierten bis zu einem viertel Jahr. Ausserdem litt sie unter Kopfschmerzen.

Mit 23 Jahren - vor ihrer Eheschliessung - begann sie zu erbrechen.

Während der Ehe war es wegen ihrer unüberwindlichen Abneigung gegen den ehelichen Verkehr zu keinen sexuellen Beziehungen gekommen, "wenn mein Mann kommt, würgt es mich im Hals".

#### Klinischer Verlauf:

Es handelte sich bei der 25-jährigen Patientin um eine infantile Persönlichkeit mit schwerer neurotischer Fehlentwicklung. Eine psychotherapeutische Behandlung erwies sich bei der geringen Intelligenz und der infantilen Charakterstruktur als undurchführbar. Ausserdem spielte der sekundäre Krankheitsgewinn eine grosse Rolle. Die Behandlungsbemühungen wurden von ihr durch gegenteilige Massnahmen boykottiert. Nach 6 Wochen wurde sie in ungebessertem Zustand in hausärztliche Behandlung entlassen.

#### FALL 36

Prämorbidcs Gewicht: 56 kg  
Untersuchungsgewicht: 46 kg  
Untersuchungsalter: 20 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Keine hereditäre Belastung.

Als erste von vier Kindern wurde die Patientin 1939 geboren. Der Vater war Kunstmaler. Sie sei seit ihrer Kindheit immer auf sich selbst angewiesen gewesen, da die Eltern sich wenig um sie gekümmert haben.

Ihre Entwicklung sei normal verlaufen.

Jetzige Erkrankung:

Mit 18 Jahren habe sie 56 kg gewogen. Innerhalb eines Jahres habe sie ständig an Gewicht verloren, insgesamt ca. 10 kg. Sie hatte wenig Appetit. Sie motivierte, dass sie sich von den Menschen enttäuscht fühle, dass sie an allem etwas aussetzen habe, dass die Menschen "höhere Ansprüche" stellen müssten. Es war eine starke Interesselosigkeit und Konzentrationsschwierigkeit aufgetreten.

Klinischer Verlauf:

Die 20-jährige Studentin kam mit einem Körpergewicht von 46 kg in die Klinik. Es wurde - entsprechend der Bereitschaft der Patientin - eine ambulante psychotherapeutische Behandlung vereinbart.

FALL 37

Prämorbidetes Gewicht: -  
Untersuchungsgewicht: 41,6 kg  
Untersuchungsalter: 23 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 3. von 4 Kindern 1942 geboren. Der Vater, von Beruf Maschinenmeister, als Alkoholiker gewesen. Er sei nach der Scheidung im 8. Lebensjahr der Patientin der Familie völlig entfremdet. An der Mutter habe sie sehr gehangen. Von ihren Geschwistern fühlte sie sich abgelehnt und wurde von ihnen als "Biest" bezeichnet.

Als Kind sei sie lebhaft und gesund gewesen, immer aber etwas nervös. Sie habe wenig Interessen gehabt und galt in der Schule als faul. Nach Besuch der Volksschule wurde sie Verkäuferin.

Jetzige Erkrankung:

Mit 22 Jahren sei nach dem Tod der Mutter, den sie nur schwer überwinden konnte, Appetitlosigkeit aufgetreten. Sie habe häufig erbrochen und nur noch Obst und Schleimsuppe vertragen. Auch habe sie öfter absichtlich erbrechen müssen, um zu kontrollieren, ob der Magen blute, wie es vor 5 Jahren einmal der Fall gewesen sein soll. Keine Amenorrhoe, keine Obstipation. Im Beruf habe sich eine stärkere Indifferenz bemerkbar gemacht.

Mit einem KG 41 kg kam die 23-jährige Patientin zur Aufnahme

Klinischer Verlauf:

Es wurde bei der Patientin eine neurotische Fehlentwicklung mit anorektischen Zügen und phobischer Überlagerung (Carcinophobie) festgestellt. Eine psychotherapeutische Behandlung wurde durch die mässige intellektuelle Leistungsfähigkeit der Patientin erschwert. Nach 6 Wochen - bei einer Gewichtszunahme von 3 kg - wurde die Behandlung vorzeitig von seiten der Patientin abgebrochen.

FALL 38

Untersuchungsalter 27 Jahre. Seit 3 Jahren Erbrechen, Obstipation, Amenorrhoe.

Ängste.

Erlebt sich, als wenn sie keine Frau wäre, sie sei nicht als Mädchen einzustufen.

FALL 39

Untersuchungsalter: 30 Jahre  
Erkrankungsbeginn mit 24 Jahren  
Amenorrhoe, Obstipation.

FALL 40

Untersuchungsalter 24 Jahre. Krankheitsbeginn 22 Jahre.  
Patientin ist verheiratet.  
Obstipation zeitweilig, Amenorrhoe.  
Kein Krankheitsgefühl.

FALL 41

Prämorbidcs Gewicht: 60 kg  
Untersuchungsgewicht: 30,1 kg  
Untersuchungsalter: 48 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde 1917 als Tochter eines Tischlers geboren. Das Verhältnis zum Vater, der als weich und warmherzig beschrieben wird, sei immer sehr gut gewesen. Mit der Mutter habe es immer Spannungen gegeben. Als Kind habe sie schon schlecht gegessen. Die Mutter, die sehr gern kochte, habe oft für sie extra gekocht. Auch sei sie als Kind sehr trotzig gewesen.

Sie besuchte die Volksschule und wurde Kindergärtnerin. Ihre erste Heirat schloss sie mit 25 Jahren mit einem um 17 Jahre älteren Mann, der bereits einige Male verheiratet gewesen war. Sie bekam zwei Kinder, wovon das zweite nach drei Monaten an Ernährungsstörungen starb. Nach 2 Jahren wurde die Ehe geschieden.

Mit 40 Jahren heiratete sie ein zweites Mal einen wiederum um viele Jahre älteren Volksschullehrer.

Jetzige Erkrankung:

Die Symptomatik des Gewichtsverlustes setzte mit dem Datum des Todes der Mutter ein, als die Patientin 44 Jahre alt war.

Sie habe keinen Appetit gehabt, oftmals erbrochen, zeitweilig habe sie aber Heisshunger gehabt und dann wohllos alles Essbare in sich hineingeschlungen. Gegen die zugleich auftretende Obstipation habe sie massive Mengen Abführmittel eingenommen. Auch trat eine Amenorrhoe auf. Es sei zu stärkeren Auseinandersetzungen mit ihrem Mann und der Tochter gekommen, denen gegenüber sie sich in einer Protesthaltung befand.

Innerhalb von 4 Jahren hatte sie ca. 20 kg abgenommen und wog vor der Klinikaufnahme 30,1 kg. Sie selbst betonte ihren Stolz über dieses niedrige Gewicht und wunderte sich selbst über die Tendenz, mit der Magerkeit Aufmerksamkeit zu erlangen, wie sie es z.B. bei einem Fermaufenthalt feststellen konnte und genoss.

#### Klinischer Verlauf:

Das Bemühen, die 48-jährige Patientin psychotherapeutisch zu behandeln, schlugen fehl, da sie nicht bereit war, die von ihr durchaus zugegebene Konfliktsituation angreifen zu lassen. Nach leidlicher Aufbesserung des besorgniserregenden körperlichen Zustandes wurde sie unter dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie entlassen.

#### FALL 42

Prämorbid Gewicht: 55 kg  
Untersuchungsgewicht: 48,3 kg  
Untersuchungsalter: 29 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin ist Tochter eines Kaufmannes. Zusammen mit einem jüngeren und einem älteren Bruder wuchs sie bei den Eltern auf. Ihre Mutter beschreibt sie als "theatralisch und wenig vertrauensvoll". Zu den Brüdern habe sie immer wenig Kontakt gefunden.

Ihre frühkindliche Entwicklung sei "unauffällig" gewesen. Als 2-jährige habe sie schlecht gegessen. Sie besuchte die Schule bis zur mittleren Reife und wurde Krankenschwester.

#### Jetzige Erkrankung:

Mit 20 Jahren habe sie sehr starken Appetit gehabt und ca. 65 kg gewogen. Um ihren Hunger zu unterdrücken, habe sie Abmagerungstabletten (Vencipon) eingenommen. Mit 21 Jahren seien erstmalig Magenschmerzen und Erbrechen aufgetreten. Sie habe zunehmend an Appetit verloren und nur Milchprodukte, Gemüse und Salate noch vertragen. Mit 27 Jahren seien ihre Menstruationen, die immer regelmässig waren, ausgeblieben. Einige Male habe sie Magenbluten gehabt. Unter dem Verdacht eines Magengeschwürs wurde sie mit 28 Jahren operiert und eine Gastro-Enterostomie angelegt. Ein pathologischer Befund hatte sich nicht ergeben. Danach sei eine weitere Gewichtsabnahme bis zu 41 kg eingetreten. Sie wurde mit 29 Jahren in stark reduziertem Ernährungszustand in die Klinik aufgenommen.

#### Klinischer Verlauf:

Es fiel die starke infantile und trotzigste Haltung der Patientin auf. Sie erlebte ihre Krankheit als eine organische Störung ohne psychischen Hintergrund und war zu einer psychotherapeutischen Behandlung nicht bereit. Nach 3 Wochen verliess sie auf eigenen Wunsch die Klinik.

#### FALL 43

Prämorbidetes Gewicht: -

Untersuchungsgewicht: 38,6 kg

Untersuchungsalter: 34 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 2. von 2 Kindern 1925 als Tochter eines

Arbeiters geboren. Der Vater galt als jähzornig. Oft haben die Eltern getritten. Sie habe aber immer guten Kontakt zum Vater gehabt, weniger zur Mutter, die den 3 Jahre älteren Bruder bevorzugt habe. Als Kind sei sie sehr schüchtern gewesen.

Nach Abschluss der Schule mit der mittleren Reife wurde sie Lehrerin.

1948 im Alter von 23 Jahren heiratete sie. 1950 Geburt.

#### Jetzige Erkrankung:

Der Beginn der Symptomatik geht in die Zeit der Pubertät zurück. Mit 14 Jahren seien erstmals Appetitlosigkeit und Herzstiche aufgetreten.

Mit 15 Jahren - nach einer unerwünschten Geburt - haben sich die Symptome verschlimmert: stärkere Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Fett und Fleisch, Globusgefühl, Gewichtsabnahme, Obstipation, Amenorrhoe. Der Ehemann sei zu dieser Zeit allein verweist gewesen, woraufhin sie absichtlich nicht gegessen habe.

Mit 27 Jahren sei sie wegen "Hemmungen" und "mangelnder Gefühlsäußerung" bereits 136 Stunden psychother. behandelt worden.

Mit 34 Jahren wurde sie mit einem Körpergewicht von 38 kg in die Klinik aufgenommen.

#### Klinischer Verlauf:

Da voraussichtlich eine längere psychotherapeutische Behandlung bei der Patientin erforderlich schien, wurde nach Aufbesserung des stark herabgesetzten Ernährungszustandes eine ambulante Behandlung vereinbart, zu der sich die Patientin auch bereit erklärte.

FALL 44

Prämorbidetes Gewicht: -  
Untersuchungsgewicht: 45,5 kg  
Untersuchungsalter: 33 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 2. Kind 1927 geboren. Zusammen mit ihrem 5 Jahre älteren Bruder wuchs sie bei den Eltern auf. Der Vater war von Beruf Kaufmann. Über das Verhältnis zur Mutter sagt die Patientin, dass sie ein Märchenbild von der Mutter gehabt habe und enttäuscht sei, dass diese sie frustriert. Sie habe stark an ihrem Bruder gehangen und versucht, ihm in seinen Leistungen nachzueifern. Doch habe sie sich ihm gegenüber zurückgesetzt gefühlt und war enttäuscht, dass er sie nur als "Kleine" anzusehen pflegte.

Ihre Entwicklung sei unauffällig gewesen. Mit 5 Jahren habe sie sich öfter geängstigt.

Jetzige Erkrankung:

Mit 16 Jahren erstmalig Appetitmangel.

Mit 31 Jahren seien in Zusammenhang der Scheidung ihrer 9-jährigen Ehe erneut Appetitlosigkeit, Gewichtabnahme, ausserdem Amenorrhoe aufgetreten. Auch habe sich ein Wasch- und Reinigungszwang bemerkbar gemacht. Zu dieser Zeit wurde sie bereits einmal ca. 1 Jahr psychoanalytisch behandelt. Mit 33 Jahren führten Verzweiflungsängste und weiter noch bestehender Appetitmangel die Patientin in unsere Klinik.

Klinischer Verlauf:

Als psychische Konfliktsituation liessen sich ein Kastrationskomplex sowie Sexualängste ermitteln. Da die Patientin sich für die psychoanalytische Behandlung sehr einsichtig

zeigte, war nach 8 Wochen eine deutliche Besserung des psychischen und körperlichen Zustandes zu verzeichnen, so dass die Behandlung ambulant fortgesetzt werden konnte.

#### FALL 45

Prämorbidcs Gewicht: 56 kg

Untersuchungsgewicht: 36 kg

Untersuchungsalter: 40 Jahre

#### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin ist 2. von 4 Kindern. Der Vater war Strassenbahnfahrer. Ihre Entwicklung sei unauffällig gewesen. Mit 23 Jahren seien erstmals Traurigkeiten, Köpfscherzen und Appetitlosigkeit aufgetreten.

In den folgenden Jahren habe sie immer wieder Enttäuschungen über die "Unzulänglichkeit der meisten Menschen" erfahren. Sie habe sich deshalb mehr und mehr zurückgezogen. Mit 38 Jahren habe sie eine Freundschaft zu einem Manne, mit dem sie 10 Jahre zusammen gewesen sei, aufgegeben. Der Wunsch, in einer kirchlichen Bindung Befriedigung zu finden, habe sich nicht erfüllt.

Mit 39 Jahren seien verstärkt Appetitlosigkeit sowie Kopfschmerzen und Herzstiche aufgetreten. Es kam zu einer Gewichtsabnahme von 56 kg auf 36 kg.

#### Klinischer Verlauf:

Bei der 40-jährigen Patientin wurde entsprechend des stark herabgesetzten Ernährungszustandes zunächst Sondennahrung nötig. Bei langsamer, doch ständiger Gewichtszunahme musste die Behandlung jedoch nach 16 Wochen abgebrochen werden, da die Krankenkasse sich nicht zur weiteren Kostenübernahme bereit fand.

FALL 46

Alter: 43 Jahre (1921 geboren)

Erkrankungsalter: 26 Jahre

Dauer der Erkrankung bei Untersuchung: 17 Jahre

Gewicht bei Untersuchung: 49,2 kg

Prämorbides Gewicht: -

Grösse: 163 cm

Familienanamnese und Lebenslauf:

Keine hereditäre Belastung. Vater Postbetriebsassistent. Als Älteste von 6 Kindern hatte die Patientin schon früh die Mutter zu entlasten und die Geschwister zu versorgen. In der Familie gab es wenig Liebe, oft Streit, wobei die Mutter - die häufig bettlägerig war - die Familie autoritär beherrschte.

Die Patientin war ein stilles Kind ohne Auffälligkeiten. Sie besuchte die Volksschule, anschliessend die Handelsschule, machte ihr Einjähriges und arbeitete dann 2 Jahre als Büroangestellte.

Mit 18 Jahren - zu Beginn des Krieges - meldete sie sich als freiwillige Helferin bei der Wehrmacht. Mit 22 Jahren lernte sie einen Arzt kennen, mit dem sie sich verlobte und mit dem sie an die Front nach Russland ging. Ihr Verlobter wurde sehr bald tödlich verwundet, die Patientin kam in Kriegsgefangenschaft nach Südrussland. Offiziersgelage und "Orgien", an denen sie teilnehmen musste, erweckten bei ihr Abscheu und Ekel. Nach Kriegsende floh sie - jetzt 25-jährig - nach Berlin zu ihren Eltern. Da sie Parteimitglied gewesen war, musste sie jetzt Strafarbeit leisten. Sie fühlte sich ihrem Vorgesetzten ausgeliefert, der ein "Techtelmechtel" mit ihr anfangen wollte. Die Patientin versuchte dann, als Büroangestellte zu arbeiten. Zu dieser Zeit, als die Patientin 26 Jahre alt war, setzte die Symptomatik ein.

Jetzige Erkrankung:

Seit dem 22. Lebensjahr (Kriegsgefangenschaft) Amenorrhoe.

Nach der Rückkehr ins Elternhaus tauchten eine Reihe von Problemen auf. Arbeitsversuche scheiterten zunächst daran, dass sie als ehemaliges Parteimitglied zu Strafarbeit herangezogen wurde. In dem geradezu asozialen Milieu der überalterten Eltern, wo neben der Patientin noch mehrere Geschwister lebten, darunter ein Bruder Potator war, kam es zu ständigen Auseinandersetzungen. Im Vordergrund stand die ambivalente Haltung der Patientin zur Mutter, von der sie sich einerseits autoritär beherrscht, sich in ihren persönlichen Neigungen und Bestrebungen beschnitten fühlte, andererseits extrem an die Mutter fixiert war. Zu dieser Zeit, als sie 26 Jahre alt war, begannen die EBstörungen. Alternierend bestanden Appetitlosigkeit und heisshungriges Essen. Fett und Fleisch konnte sie nicht mehr vertragen. Häufig erbrach sie das Gegessene. Eine Obstipation trat auf. Häufig kam es zu Anfällen von Bewusstlosigkeit.

Mit 34 Jahren erstmals klinische Behandlung und Hypophysenimplantation. Weitere Gewichtsabnahme auf 78 Pfund führte in den folgenden Jahren zu erneuten (insgesamt vier Mal) internistischen Klinikbehandlungen, ohne dass es zu einer Besserung des Zustandsbildes kam.

Gegen die Obstipation spritzte sich die Patientin Prostigmin und machte sich mehrmals täglich Glycerineinläufe.

#### Klinischer Verlauf:

Die Patientin wurde 1964 in erheblich reduziertem Zustand aufgenommen. Sie war an ihre Magen-Darm-Symptomatik stark fixiert. Häufig traten hysteriforme Anfälle auf mit Zittern, lautem Ructus, Erbrechen sowie Bewusstlosigkeit. Toni oder Kloni wurden nicht beobachtet.

Während der Behandlung gab sie sich kollaborativ, freundlich, zugewandt. Sie konnte nach 19 Wochen psychisch stabilisiert entlassen werden. Fixierung auf die körperliche Symptomatik wurden nicht mehr beobachtet. Hospitalisierung über längere Zeit war vorgesehen.

FALL 47

Prämorbides Gewicht: 52 kg  
Untersuchungsgewicht: 41,7 kg  
Untersuchungsalter: 29 Jahre

Familienanamnese und Lebenslauf:

Keine hereditäre Belastung.

Die Patientin hat eine Zwillingschwester, die angeblich gesund ist und in Westdeutschland lebt.

Ihre frühkindliche Entwicklung sei normal gewesen. Sie war eine fleissige Schülerin. Sie machte eine Ausbildung als Krankenschwester und arbeitete seit ihrem 25. Lebensjahr als Arztsekretärin.

Jetzige Erkrankung:

Mit 26 Jahren sei Appetitlosigkeit aufgetreten. Ihr Gewicht habe von 52 kg auf 40 kg abgenommen. Wegen Blinddarmreizung wurde eine Appendektomie durchgeführt.

Zunehmende Appetitlosigkeit sowie Müdigkeit und Konzentrationsstörungen. Mit 28 Jahren wurde sie in unsere Klinik aufgenommen.

Klinischer Verlauf:

Es wurde eine ambulante Behandlung vereinbart, da die Patientin Pflichtbewusstsein zu ihrer Arbeitsstelle drängte.

FALL 48

Prämorbides Gewicht: 67 kg  
Untersuchungsgewicht: 44 kg  
Untersuchungsalter: 30 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin wurde als 2. Kind als Nachzügler geboren. Das Leben in der Familie galt als harmonisch. Der Vater starb, als sie 10 Jahre alt war. Als Säugling habe sie bei der Sauberkeitserziehung mit Ohnmachtsanfällen reagiert. Bis zum 6. Lebensjahr habe sie eingenasst. Noch im 26. Lebensjahr bestand ein Pavor nocturnus.

Ihre Leistungen in der Schule waren durchschnittlich. Nach Abschluss mit der mittleren Reife ging sie in die kaufmännische Lehre und war ab 18 Jahren als Buchhalterin tätig.

Mit 26 Jahren heiratete sie. Mit 27 Jahren Geburt eines Kindes.

### Jetzige Erkrankung:

Seit dem 14. Lebensjahr habe sie viel gegessen. Manchmal habe sie befürchtet, nicht genug zu essen zu bekommen oder dass man ihr das Essen fortnehmen könnte. Mit 29 Jahren wog sie 67 kg und beschloss, durch Nahrungseinschränkungen abzunehmen. Innerhalb eines halben Jahres verlor sie 17 kg Gewicht. Wegen Übelkeit habe sie häufig erbrochen, Hinzu traten eine Obstipation und Amenorrhoe auf.

### Klinischer Verlauf:

Ein Jahr nach Beginn der Symptomatik kam die Patientin zur Aufnahme. In psychotherapeutischen Sitzungen zeigte sie eine nur geringe Bereitschaft zur Aufarbeitung ihrer Konflikte. Hier standen ihre missglückte Ehe, sexuelle Ablehnung des Ehemannes bei latentem Wunsch nach Umsorgtsein im Vordergrund.

Nach 6 Wochen hatte sie 4 kg an Gewicht zugenommen. Jedoch wurde eine ambulante Weiterbehandlung von der Patientin abgelehnt.

FALL 49

Prämorbidcs Gewicht: 53 kg  
Untersuchungsgewicht: 40 kg  
Untersuchungsalter: 48 Jahre

Lebenslauf:

Die Patientin wurde als Nachzügler 1915 geboren. Ein Bruder ist 20 Jahre älter. Als Kind sei sie lebhaft und gesund gewesen. Sie habe sehr an der Mutter gehangen. Doch sei es oft zu Spannungen gekommen, da die Mutter eine massgeblich autoritäre Rolle gespielt habe, die ihr die Patientin angeblich ohne Widerstand zugestand.

Nach Abschluss der Schule mit der Mittleren Reife wurde sie Kindergärtnerin und war bis zu ihrer Heirat 1939 berufstätig.

1943 Geburt (Zwillinge). Eines der Kinder habe sich mit 3 Jahren beim Spielen vergiftet. 1955 wurde die Ehe wegen Untreue des Ehemannes geschieden. Nach der Scheidung zog die 40-jährige Patientin mit ihrer kleinen Tochter zu ihrer kranken Mutter und pflegte sie bis zu deren Tod 1961.

Jetzige Erkrankung:

Seit 1955 (Scheidung) habe sie an zunehmender körperlicher und seelischer Erschöpfung gelitten. Ihr vorgealtertes und elendes Aussehen habe die Ärzte immer wieder erschreckt. Ausserdem sei eine Schwäche im rechten Bein aufgetreten, weshalb sie einen Fuss nachschleppen müsse. Nach dem Tod der Mutter 1961 sei Appetitlosigkeit bis zur völligen Nahrungsablehnung aufgetreten.

Mit 48 Jahren wurde sie erstmalig in dieser Klinik benannt. Erneute Inapetenz, Lustlosigkeit und Gewichtsabnahme machten ein Jahr danach eine zweite klinische Aufnahme nötig. Als aktuelle Problematik führte die Patientin die Enttäuschung über ihre Tochter an, die sich von ihr abgewendet habe.

### Klinischer Verlauf:

Bei der 49-jährigen Patientin wurden während des mehrwöchigen Klinikaufenthaltes eine Anspruchshaltung sowie der Wunsch des Umsorgt- und Gepflegtwerdens besonders deutlich. Die aktuelle Problematik konnte aufgearbeitet werden, und die Patientin zeigte bald die erfreuliche Initiative, sich wieder um eine Arbeit zu bemühen. Das Körpergewicht nahm von 38 kg auf 52 kg zu.

### FALL 50

Prämorbidcs Gewicht: 50 kg  
Untersuchungsgewicht: 35,4 kg  
Untersuchungsalter: 45 Jahre

### Familienanamnese und Lebenslauf:

Die Patientin ist 4. von 4 Geschwistern. Der Vater war Reichsbahnbeamter. Sie erinnerte sich gern an ihre Kindheit. Sie sei immer sehr sensibel und scheu gewesen. Oft hatte sie ein Minderwertigkeitsgefühl. So getraute sie sich auch nicht, die höhere Schule zu besuchen, obwohl sie eine gute Schülerin war.

Nach der Volksschule besuchte sie eine Handelsschule und war bis zum 25. Lebensjahr als Sekretärin tätig. Mit 28 Jahren heiratete sie.

### Jetzige Erkrankung:

Seit der Pubertät habe sie oft an Rückenschmerzen, Herzbeschwerden und nächtlichen Angst- und Erregungszuständen gelitten.

Mit 33 Jahren trat im Anschluss an eine Gallenblasenoperation eine Eistörung auf. Sie klagte über Magenschmerzen, auch traten Durchfälle auf. Eier und Obst wurden nicht mehr

vertragen, und sie ernährte sich schliesslich nur noch von einigen Weissbrotschnitten und Schleimsuppe. Der Gewichtsverlust betrug 30 Pfund innerhalb eines Jahres. Die Menstruationen wurden seit dem 42. Lebensjahr unregelmässig und blieben mit 45 Jahren aus.

#### Klinischer Verlauf:

Die 45-jährige Patientin wog bei der Aufnahme 35,4 kg. Ihre Beschwerden gab sie hypochondrisch klagsam, zeitweilig mit theatralischem Ausdruck wieder. Gegenüber ihrer Umwelt reagierte sie vorübergehend geradezu paranoid. Untersuchungs-massnahmen lösten bei ihr eine Carcinophobie aus. Einer psychotherapeutischen Behandlung stand sie ablehnend gegenüber. Dennoch konnte sie nach 28 Wochen in gebessertem psychischen Zustand und einer Gewichtszunahme von 9 kg in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

### III

#### Z U S A M M E N F A S S U N G

In einem allgemeinen Überblick wird zunächst - unter Berücksichtigung der Literatur - die Geschichte, Symptomatik und Psychodynamik der Krankheit der Anorexia nervosa erörtert. An diese Darstellung schliessen sich eigene Untersuchungen an, wobei sich folgende Ergebnisse formulieren lassen:

Für das Auftreten der Krankheit gilt am häufigsten die Phase der Pubertät und Postpubertät. Erwachsene mit Anorexia nervosa unterscheiden sich von den jüngeren reinen Anorexia nervosa Kranken besonders im Hinblick auf das psychopathologische Bild. Neben angst- und zwangsneurotischen Symptomen dominieren hier besonders hypochondrische Züge.

Das Geschlechtsverhältnis betrug bei den untersuchten Patienten 49 weibliche zu einem männlichen Patienten.

Die körperliche Symptomatik ist als eine Folge der Unterernährung zu interpretieren und entspricht den Auswirkungen des Hungerzustandes bei exogener Unterernährung.

Bei allen Patienten mit hochgradigem Gewichtsverlust besteht eine Amenorrhoe, die zumeist gleichzeitig mit der Eßstörung auftritt, in selteneren Fällen sich vor oder nach dem Gewichtsverlust einstellt. Weiter ist die Obstipation bei der Mehrzahl der Patienten zu konstatieren, seltener Diarrhoen (in 2 Fällen). Erbrechen wird bei der Hälfte der Patienten beobachtet.

**F**erner werden die Verhaltensauffälligkeiten der Kranken dargestellt. Es wird betont, dass der Nahrungsverweigerung kein eigentlicher Appetitmangel zugrunde liegt. Gerade das eigen-

tümliche Verhalten zur Nahrung ist für das Krankheitsbild typisch, wobei sich oft der bewusste Willen zur Abmagerung erkennen lässt.

Des weiteren wird auf die gestörte Beziehung zur Umwelt eingegangen, die mit Beginn der Erkrankung deutlich wird. Depressive Verstimmungen, zwanghafte Züge, Ängste, seltener Halluzinationen werden beobachtet. Es bestehen Suicidentenzen und von einigen Patienten wurden ernsthafte Suicidversuche unternommen. Rorschach-Testuntersuchungen lassen neurotische Zeichen bei den Patienten erkennen.

Die Ablehnung der Sexualität lässt sich bei allen Patienten feststellen, was zumeist als Abscheu vor sexuellen Beziehungen und Angst vor Empfängnis geäußert wird.

In der Arbeit wird ferner auf die Beziehung zur Familie, insbesondere auf die gestörte Mutter-Kind-Beziehung eingegangen. Die mütterliche Haltung besteht häufig aus Ängstlichkeit. Nicht unbedeutend erscheint, dass etwa ein Drittel der Patienten aus inkompletten Familien stammen, d.h. der Vater seit dem Kleinkindesalter fehlt.

Die Mehrzahl der Patienten stammt aus Familien mit 2 und 3 Kindern. Übereinstimmend mit H. Bruch prävaliert die Zweitstellung in der Geschwisterreihe. Besonders hervorzuheben ist das gleiche Krankheitsbild bei einem Zwillingsspaar.

Es lässt sich feststellen, dass die prämorbid Entwicklung bei etwa zwei Drittel der Patienten psychische Auffälligkeiten zeigte. Davon hatten einige Patienten bereits in der Kindheit Ess- und Ernährungsstörungen. Das spräche gegen die Hypothese, dass eine in der Kindheit vorliegende Anorexie eine puberale Anorexie erspare (z.B. Bruch).

Die Krankheit wird zumeist allmählich manifest. Als auslösende Anlässe werden häufig Anspielungen wegen des körperlichen Dickseins sowie Geschehnisse im sexuellen Bereich

kennt. Auch lässt sich eine Kumulierung verschiedener Anlässe feststellen.

Die Krankheit neigt zum chronischen Verlauf (ca. ein Drittel der Patienten). Die Krankheitsdauer beträgt hier 3 bis 17 Jahre. Hinsichtlich der Prognose lässt sich sagen, dass die chronischen Fälle eine relativ ungünstigere Verlaufsform zeigen.

Bei der Behandlung standen psychotherapeutische Massnahmen im Vordergrund. Ein grosser Teil der Patienten wurde nach einer klinischen psychotherapeutischen Behandlungsdauer von durchschnittlich 9 Wochen ambulant weiterbehandelt.

Es scheint, dass der Behandlungserfolg jedoch nicht von den psychotherapeutischen Massnahmen allein abhängig ist, dass vielmehr das Zusammentreffen mehrerer wirksamer Faktoren eine auffällige Wandlung herbeiführen. Etwa die Hälfte der Patienten (50%) kann als gebessert bezeichnet werden, darunter 6 als geheilt; 38 % als mässig gebessert, 12 % galten als unverändert oder verschlechtert. 1 Patientin verstarb.

Folgende psychodynamische Gesichtspunkte lassen sich für die Anorexia nervosa anführen:

Beim überwiegenden Teil der Patienten bestand der Konflikt - seinem psychodynamischen Inhalt nach - in einer primären Auseinandersetzung zwischen den Eltern und dem Kind, bei welchem der Anteil der Mutter als entscheidender anzugeben wäre.

Für die Thematik der Oralität wird die Mutter (Nahrung) zum wesentlichen Objekt.

Die Akzentuierung der oralen Symptomatik lässt eine Regression annehmen, wobei sich die mit der Nahrungsverweigerung verbundene Problematik im wesentlichen auf die orale Ambivalenz richtet. Die damit einhergehenden Abwehrvorgänge

führen auf direktem Wege zum Ich und "bei der Symptomentstehung geht die Abwehr der Affekt- und Vorstellungsrepräsentanzen mit einer Ich-Veränderung einher" (Thomä).

Die Ablehnung der weiblichen Geschlechts- und Erwachsenenrolle (Identitätsproblematik) erfährt hier ihren Ausdruck.

I V

L I T E R A T U R

- 1 AGGELER, M., S.P. LUCIA, H.M. FISHBON: Purpura due to vitamin K deficiency in anorexia nervosa. - Amer.J.dig.Dis.9 (1942), 227 
- 2 BAHNER, F.: Fettsucht und Magersucht in: Hdb.d.inn.Med. Bd.VIII/1. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1954
- 3 BARTELS, E.D.: Studies in Hypometabolism Anorexia nervosa. Acta med.scand.124 (1946), 185
- 4 BAEYER, W.v.: a) "Metabólica" - Bemerkungen zum gleichnamigen Werke von J.H.van den Berg, zugl.zum Problem der Pubertätsmagersucht. Nervenarzt 30 (1959), 81.  
b) Zur Bedeutung sozialpathologischer Faktoren im Krankheitsbild der Anorexia nervosa. In: "Meyer, J.E.u.Weldmann, H. Anorexia nervosa, Symposium Göttingen, Stuttgart 1965
- 5 BEECH, H.R.: An experimental investigation of sexual symbolism in anorexia nervosa employing a subliminal stimulation technique. Psychosom.Med.21 (1959), 277
- 6 BERGMANN, G.v.: Magerkeit und Magersucht. Dtsch.med.Wschr.60 (1934) 123, 159
- 7 BERKMANN, J.M.: a) Anorexia nervosa, anorexia inanition and low basal metabolic rate. Amer.J.med.Sci.180 (1930), 411  
b) Functional anorexia and functional vomiting: Their relation to anorexia nervosa. Med.Clin.N.Amer.23 (1939), 901
- 8 BLEULER, M.: Übersicht der bisherigen Befunde an infantilen Schizophrenien. Arch.f.Psychiat.u.Nervenkrankh.bd.180 (1948), 458
- 9 BLISS, E.L., C.H. BRANCH: Anorexia nervosa. New York (1960)
- 10 BOEHNCKE, H.: Anorexia mentalis in Kindheit und Pubertät. Med.Kin.56 (1961), 1559
- 11 BOSS, M.: Einführung in die psychosomatische Medizin. Bern u. Stuttg. 1954
- 12 BROSER, F., W. GOTTWALD: Symptomatische Psychosen bei Magersucht. Nervenarzt 26 (1955), 10

- 13 BROSIN, H.W., C. APPELBACK: Anorexia Nervosa, Case Report with Autopsy Findings. J.klin.Endocr. 1 (1941) 269, 272
- 14 BRUCH, H.: Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosom. Med. 24 (1962), 187  
b) The psychiatric differential diagnosis of Anorexia nervosa. In: Meyer, J.E., H. Feldmann, Anorexia nervosa, Symposium Göttingen, Stuttgart 1965
- 15 CARRIER, J.: L'Anorexie mentale, Paris 1939
- 16 CERMAK, I., E. RINGEL: Zum Problem der Anorexia nervosa. Wien. Z. Nervenheilk. 17 (1960), 152
- 17 CLAUSER, G.: Das Anorexia-Problem etc. Ergebn. inn. Med. 21 (1964), 97
- 18 CLOW, F.E.: Anorexia nervosa. New. Engl. J. Med. 207 (1932), 613
- 19 COBB, St.: Emotion and clinical medicine. New York 1950
- 20 COLLINS, W.J.: Anorexia nervosa. Lancet 1894/1, 202
- 21 CURSCHMANN, H.: Über Magersucht. Z. ärztl. Fortbild. 26 (1929), 409
- 22 DECOURT, J.: a) Anorexie mentale et cachexie dit hypophysaire. Paris méd. 23 (1946), 249  
b) Die Anorexia nervosa. Dtsch. med. Wschr. 78 (1953) 1619, 1661
- 23 DEJERINE, J., E. GAUCKLER: Les manifestations fonctionnelles des Psychoneuroses. Paris 1911
- 24 DOANE, J.C., N. BLUMBERG, G. TEPLICK: Simmondssche Cachexia. Endocrinol. 27 (1940), 766
- 25 DUBOIS, R.: De l'anorexie mentale comme prodrome de la démence précoce. Ann. méd. psychol. 10 (1943), 431
- 26 DÜHRSEN, A.: Zum Problem der psychogenen Essstörungen. Psyche 4 (1950), 56-69
- 27 FALTA, W.: Die endogene Magerkeit (Magersucht). In: Hdb. Inn. Med. Bd. IV/2. Berlin 1927
- 28 FELDMANN, H.: Zur Frage der psychodynamischen Faktoren bei der Pubertätsmagersucht. In: Meyer, J.E., H. Feldmann, Anorexia nervosa, Sympos. Göttingen, Stuttg. 1965

- 29 FENICHEL,O.: Anorexia (1945). In: Collected Papers Vol. II, London 1954
- 30 FERENCZI,S.: Bausteine zur Psychoanalyse. Ges.Werke I/II
- 31 FEUCHTINGER,O.: Fettsucht und Magersucht. Stuttg.1946
- 32 FLECK,L.,J.LANGE,H.THOMÄ: Die psychoanal. Behandlung verschiedener Formen von Anorexia nervosa. Sympos. Göttingen, Stuttg. 1965
- 33 FREUD,A.: Probleme der Pubertät. Psyche 14 (1960/61),1
- 34 FREUD,S.: Ges. Werke Bd I/XVII Imago (1943/48)
- 35 GEORGI,F.,R.LEVI: Zur Pathophysiologie und Therapie der sog. Pubertätsmagersucht. Nervenarzt 22 (1951),365
- 36 GRAFE,E.: Zur Einteilung der Hypophysenvorderlappen-erkrankungen. Dtsch.med.Wschr. 1932,576
- 37 GULL,W.W.: Anorexia nervosa. Lancet 1888 I, 516
- 38 HEIDRICH,R.,H.SCHMIDT-MATTHIAS: Encephalographische Befunde bei Anorexia nervosa. Arch.Psychat. u. Nervenheilk. 202 (1961),183
- 39 HENI,F.: Die primär psychogene Magersucht und ihre Behandlung. Endokrinol.28 (1951),28
- 40 HILTMANN,H.: Interferenzen von Affekteinstellung und Urteilsbildung bei magersüchtigen jungen Mädchen. Symp. Göttingen, Stuttg. 1965
- 41 ISHIKAWA,K.: Ursache und medizinische Behandlung der Anorexia nervosa in Japan. Sympos. Göttingen, Stuttg.1965
- 42 JANET,P.: Les obsessions et la Psychasthénie. Paris 1903
- 43 JORES,A.: Innersekretorische Krankheiten.Hdb.d.inn.Med. Berlin,Göttingen,Heidelberg 1955
- 44 KAY,D.W.K.,D.LEIGH: Natural history and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. J.ment.Sci. 100 (1954),411
- 45 KELLNER,K.,H.LEY: Das Problem der Anorexia mentalis in internistischer Sicht. Münch.med.Wschr. 1960,2234

- 46 KLEIN, M.: Frühstadien des Ödipuskonfliktes. Intern. Zeitschr. f. PsA. XIV, 1928 u.a.a.O.
- 47 KUHN, R.: Referat über Magersucht. Psyche 4 (1950), 229
- 48 KYLIN, E.: Magersucht in der weiblichen Spätpubertät. Dtsch. Arch. Klin. Med. 180 (1937), 115
- 49 LABOUCARIE, J., P. BARRES: Les aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques de l'anorexie mentale. Evolut. Psychiat. 1 (1954), 119
- 50 LACHNIT, V., L. PESCHL: Zur Klinik der Anorexia mentalis. Med. Klin. 55 (1960), 1876
- 51 LANGDON, BROWN, W.: Anorexia nervosa. Lancet 1937/1, 473
- 52 LASEGUE, E.C.: On hysterical anorexia. Med. Times Gaz. 2 (1873), 265  
De l'anorexie hystérique. Arch. Gén. Med. 1 (1873), 385
- 53 LEIBBRAND, W.: Der göttliche Stab des Aesculap. Salzburg Leipzig 1939
- 54 LICHTWITZ, L.: Drei Fälle von Simonsscher Krankheit. Klin. Wschr. 1922, 1877
- 55 LÖFFLER, W.: Die Anorexia nervosa. Helvet. med. acta 22 (1955), 351
- 56 LÖVEL, E., E. BONA: Anorexia nervosa. Z. ges. Inn. Med. 12 (1957), 749
- 57 MAGENDANTZ, H., S. PROGREIZ: Anorexia nervosa or hypopituitarism. J. Amer. Med. Ass. 144 (1940), 1973
- 58 MARTIN, F.: Pathologie des aspects neurologiques etc. Helvet. med. acta 22 (1955), 522
- 59 MARX, H.: Innere Sekretion. In: Hdb. d. inn. Med. Bd. VI/1, Berlin 1941
- 60 MENG, H.: a) Das Problem der Organ-Psychose. Intern. Z. ärztl. PsA. 20 1934, 439  
b) Zum Problem der Organ-Psychose. Z. Psychosomat. Med. 1 (1954/55), 286
- 61 MEYER, J.E.: Das Syndrom der Anorexia nervosa. Arch. Psychiat. u. Z. Neurol. 202 (1961), 31
- 62 MENZEL, W.: Zur Behandlung der hypophysären Magersucht. Münch. med. Wschr. 84 (1937), 969

- 63 MORTON, R.: Phtisiologica or a treatise of consumption. Lond. 1689
- 64 MÜLLER, H.: Über einige Probleme der Magersucht aus kinderärztlicher Sicht. In: Meyer, J.E., H.Feldmann: Anorexia nervosa, Sympos. Göttingen, Stuttg. 1965
- 65 NADEAU: Observation sur une maladie nerveuse accompagnée de une degout extraordinaire pour les aliments. J.Méd. Chir. Pharm. 80 (1789), 179
- 66 NEMIAH, J.C.: Anorexia nervosa: a clinical psychiatric study. Medicine (Baltimore) 29 (1950), 225
- 67 NICOLLE, G.: Prepsychotic anorexia. Lancet 1938 II, 1173; Proc. Roy. Soc. Med. 32 (1939), 153
- 68 OBERDISSE, K., G. SOLBACH, H. ZIMMERMANN: Endokrinologische Aspekte der Anorexia nervosa. Sympos. Göttingen 1965
- 69 PALMER, J.O. et al. : Anorexia nervosa. J.Klin. Psychol. 8 (1952), 168
- 70 PEIPER, A.: Chronik der Kinderheilkunde. 3. Aufl. Leipzig 1958, 71
- 71 PFLANZ, M.: Sozialanthropologische Aspekte der Anorexia nervosa. In: Meyer, J.E., H.Feldmann: Anorexia nerv. Symp. Göttingen, Stuttgart 1965
- 72 REIFENSTEIN, A.C.: Psychogenic or "Hypothalamic" Amenorrhea Med. clin. Amer. 30 (1946), 1103
- 73 REYE, E.: Das klinische Bild der Simmondsschen Krankheit in ihrem Anfangsstadium und ihre Behandlung. Münch. med. Wschr. 73 (1928), 902
- 74 ROSSIER, P.H., D. STAEHELIN, A. BÜHLMANN, A. LABHART: Alkalose und Hypokaliämie bei Anorexia nervosa. Schweiz. med. Wschr. 85 (1955), 456
- 75 RYLE, J.A.: Anorexia nervosa. Lancet 231 II (1936), 893
- 76 SCHADEWALDT, H.: Geschichtliche Betrachtung zum Anorexie-Problem. Sympos. Göttingen, 1965 Thieme Stuttg.
- 77 SHEEHAN, H.L.: Postpartum necrosis of anterior pituitary. J. Path. Bact. 45 (1937), 189
- 78 SELVINI, P.: Interpretation of mental anorexia. Sympos. Göttingen 1965

- 79 SHELDON, J.H.: Anorexia nervosa with special reference to physical constitution. Lancet 137, I 369
- 80 SIMBENMANN, R.E.: Zur pathologischen Anatomie der Anorexia nervosa. Schw.med.Wschr. 85 (1955), 530
- 81 SIMMONDS, M.: Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang. Dtsch. med.Wschr. 40 (1914), 322
- 82 SMIRNOFF, V.N.: Kritische Bemerkungen zum Problem der Anorexia mentalis. Psyche 12 (1958/59), 430
- 83 SOLTSMANN, O.: Anorexia cerebialis und centrale Nutritionsneurose. J.B.Kinderheilk. 38 (1894), 1
- 84 SOMMER, B.: Die Pubertätsmagersucht als leibseelische Störung einer Reifungskrise. Psyche (Stuttg) 9 (1955/56), 307
- 85 STOKVIS, B.: Organneurosen u. Organpsychosen. Schw.med.Wschr. 79 (1944), 943
- 86 STÄUBLI-FRÖLICH, M.: Probleme der Anorexia nervosa. Schw.med.Wschr. 83 (1953), 811, 837
- 87 SYLVESTER, E.: Analysis of Psychogenic Anorexia in a Four Year Old. In: The PsA Study of the child. Vol. I London 1945
- 88 THIEMANN, E.: Die Pubertätsmagersucht als überwiegend psychisch bedingte Erkrankung. Stuttg. 1957
- 89 THOMÄ, H.: Anorexia nervosa; Gesch. Klin. u. Theor. der Pubertätsmagersucht. Stuttg. 1961  
b) Psychosom. Aspekte der Magersucht. Psyche 16 (1963), 600
- 90 WEIZSÄCKER, V.v.: Über Träume bei sogen. Magersucht. Dtsch. med.Wschr. 63 (1937), 253, 294
- 91 WISSLER, H.: Die Pubertätsmagersucht. Mschr. Kinderheilk. 85 (1941), 172
- 92 ZIOLKO, H.U.: Anorexia nervosa. Fortschr. Neurol. Psychiat. 34, (1966), 353  
Hyperphagie-Anorexia. Nervenarzt 37 (1966), 400  
Hyperorexie-Anorexie. Hippokrates 38 (1967), 52  
Zur Psychodynamik der Ess- u. Stehlsucht (Hyperorexie und Kleptomanie). Psychoth. Psychosom. 14 (1966), 226  
Ambivalenz. Z.f. Psychoth. med. Psychol. 16 (1966), 421
- 93 DAHL, G. u. ZIOLKO, H.U.: Rorschach-Testuntersuchungen bei Anorexia nervosa-kranken. Arch. Psychiatr. 211, 200 (1968)

V

D A N K

Für wichtige Hinweise sowie die grosse Mühe, die Arbeit korrigiert zu haben, möchte ich dem Leiter dieser Dissertation Herrn Privatdozenten Dr. med. H.U. Ziolko hiermit meinen Dank sagen.

## Lebenslauf.

Am 2.4.1937 wurde ich in Halberstadt als Tochter des Arztes Dr. med. Ernst Kluge und seiner Ehefrau Alice geb. Hausdorf geboren.

Besuch der Grund- und Oberschule bis zum Abitur 1955.

Beginn des Medizinstudiums im September 1955 an der Humboldt - Universität Berlin. Nach 4 Semestern ärztliche Vorprüfung. Fortsetzung des Studiums in Frankfurt am Main und München. Im Sommer 1962 Staatsexamen in München.

Als Medizinalassistentin arbeitete ich 10 Monate an der I. Medizinischen Klinik, 4 Monate an der Chirurgischen, 1 Monat an der HNO-Klinik der Freien Universität Berlin im Städtischen Krankenhaus Westend. Weiter 2 Monate auf der Neurosenabteilung der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität, 4 Monate auf der gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Spandau und 3 Monate beim Städtischen Gesundheitsamt Wilmersdorf.

Z. Zt. bin ich als praktische Ärztin tätig.

A. Karen Steinborn.



